



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**TESIS**

**EL CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA Y  
EL GRADO DE ICAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES  
DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA**

**IRIGOYEN - 2012**

**BACHILLER CHIRINOS LA COTERA LUIS STEVENS**

**LIMA -PERU**

**Chirinos, 2012. El Conocimiento De La Lumbalgia Inespecífica Y El Grado De Incapacidad Funcional En Pacientes Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012** Luis Stevens Chirinos La Coteria / Pag.126  
Nombre del Tutor: Mg (C) Luisa Lucia Quispe Valladares  
Disertación académica en Licenciado en Tecnología Médica especialista en Terapia Física y Rehabilitación – UAP – 2012

Se dedica este trabajo a: Bernabé y Margarita, mis amados padres, por todo el esfuerzo que dieron por mí para ser lo que soy, a Francesca García por motivarme a seguir adelante y las autoridades de mi sede de investigación e internado el HNGAI.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis a: Dios y a mis padres por todo el apoyo, confianza que me dieron para seguir adelante; a la Mg (C) Luisa Lucia Quispe Valladares por su asesoría y apoyo en el desarrollo de la tesis, finalmente a las autoridades del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen por permitirme realizar mi investigación con total libertad.

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue demostrar la relación del conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2012.

El diseño de la investigación utilizado fue no experimental transversal descriptivo. La muestra estuvo constituida por 35 pacientes del programa de lumbalgia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica, así como también se les aplicó el cuestionario de Oswestry sobre lumbalgia e incapacidad en base a sus actividades de la vida diaria.

Los hallazgos del modelo indicaron que existe una relación entre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional ( $p < 0.05$ ).

**Palabras claves:** Lumbalgia inespecífica, Capacidad Funcional, Hospital Nacional Guillermo almenara Irigoyen.

## ABSTRACT

The purpose of this research was to demonstrate the relationship of knowledge of low back pain on disfunctional capacity in patients at the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2012.

The research design used was descriptive cross-sectional nonexperimental. The sample consisted of 35 patients with low back pain program at the Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, who answered a questionnaire on knowledge of low back pain and were also given the Oswestry questionnaire on low back pain and disability based on their daily life activities. The findings of the model indicated that there is a dependency between knowledge of low back pain and functional capacity ( $p < .05$ ).

Keywords: non-specific low back pain, Functional Capacity, National Hospital Guillermo Irigoyen Beacons.

## LISTA DE TABLAS

1. Variables, dimensiones, indicadores e ítems de la investigación.....	25
2. Población.....	55
3. Variable Conocimiento de la Lumbalgia Inespecífica.....	61
4. Pregunta 1 Concepto de Lumbalgia.....	62
5. Pregunta 2 Causa de la Enfermedad.....	63
6. Pregunta 3 Curación de la Enfermedad.....	64
7. Pregunta 4 Tipo de Control de la Enfermedad.....	65
8. Pregunta 5 Control de Ingesta de Alimentos.....	66
9. Pregunta 6 Medicamentos.....	67
10. Pregunta 7 Inyectables.....	68
11. Dimensión Conocimiento de la Enfermedad.....	69
12. Pregunta 8 Complicaciones.....	70
13. Pregunta 9 Complicación más frecuente.....	71
14. Pregunta 10 Prevención de las Complicaciones.....	72
15. Dimensión Complicaciones.....	73
16. Pregunta 11 Frecuencia del cuidado de la Columna.....	74
17. Pregunta 12 Sobre lo que utiliza.....	75
18. Pregunta 13 Sobre la manera de coger objetos.....	76
19. Pregunta 14 Sobre la postura de descanso adecuada.....	77
20. Pregunta 15 Sobre la manera de sentarse.....	78
21. Pregunta 16 Sobre la Posición Durante El trabajo.....	79
22. Pregunta 17 sobre la realización de ejercicios.....	80
23. Pregunta 18 Sobre la ayuda de los ejercicios.....	81

24. Pregunta 19 sobre si Son Adecuados los Gimnasios Convencionales.....	82
25. Pregunta 20 Sobre el ejercicio físico permanente.....	83
26. Pregunta 21 sobre la rutina de Aeróbicos.....	84
27. Pregunta 22 sobre las Actividades Sexuales.....	85
28. Dimensión cuidados de columna y/o espalda.....	86
29. Variable Capacidad Funcional.....	87
30. Dimensión dolor.....	88
31. Dimensión cuidado personal.....	89
32. Dimensión Levantar Peso.....	90
33. Dimensión Caminar.....	91
34. Dimensión Sentarse.....	92
35. Dimensión Estar de Pie.....	93
36. Dimensión dormir.....	94
37. Dimensión Vida Social.....	95
38. Dimensión Viajar.....	96
39. Dimensión Cambios en el Dolor.....	97
40. Variables conocimiento de la lumbalgia inespecífica y grado de incapacidad funcional.....	98
41. Dimensión conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y variable grado de incapacidad funcional.....	99
42. Dimensión conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y variable Grado De Incapacidad Funcional.....	100
43. Dimensión cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y variable Grado De Incapacidad Funcional.....	101



## LISTA DE GRÁFICOS

1. Organigrama El Servicio De Aparato Locomotor.....	52
2. Población.....	55
3. Variable Conocimiento de la Lumbalgia Inespecífica.....	61
4. Pregunta 1 Concepto de Lumbalgia.....	62
5. Pregunta 2 Causa de la Enfermedad.....	63
6. Pregunta 3 Curación de la Enfermedad.....	64
7. Pregunta 4 Tipo de Control de la Enfermedad.....	65
8. Pregunta 5 Control de Ingesta de Alimentos.....	66
9. Pregunta 6 Medicamentos.....	67
10. Pregunta 7 Inyectables.....	68
11. Dimensión Conocimiento de la Enfermedad.....	69
12. Pregunta 8 Complicaciones.....	70
13. Pregunta 9 Complicación más frecuente.....	71
14. Pregunta 10 Prevención de las Complicaciones.....	72
15. Dimensión Complicaciones.....	73
16. Pregunta 11 Frecuencia del cuidado de la Columna.....	74
17. Pregunta 12 Sobre lo que utiliza.....	75
18. Pregunta 13 Sobre la manera de coger objetos.....	76
19. Pregunta 14 Sobre la postura de descanso adecuada.....	77
20. Pregunta 15 Sobre la manera de sentarse.....	78
21. Pregunta 16 Sobre la Posición Durante El trabajo.....	79
22. Pregunta 17 sobre la realización de ejercicios.....	80
23. Pregunta 18 Sobre la ayuda de los ejercicios.....	81

24. Pregunta 19 sobre si Son Adecuados los Gimnasios Convencionales.....	82
25. Pregunta 20 Sobre el ejercicio físico permanente.....	83
26. Pregunta 21 sobre la rutina de Aeróbicos.....	84
27. Pregunta 22 sobre las Actividades Sexuales.....	85
28. Dimensión cuidados de columna y/o espalda.....	86
29. Variable Capacidad Funcional.....	87
30. Dimensión dolor.....	88
31. Dimensión cuidado personal.....	89
32. Dimensión Levantar Peso.....	90
33. Dimensión Caminar.....	91
34. Dimensión Sentarse.....	92
35. Dimensión Estar de Pie.....	93
36. Dimensión dormir.....	94
37. Dimensión Vida Social.....	95
38. Dimensión Viajar.....	96
39. Dimensión Cambios en el Dolor.....	97

## INDICE

CARÁTULA.....	2
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	7
LISTA DE TABLAS .....	9
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
ÍNDICE.....	13
INTRODUCCIÓN.....	16

### **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Planteamiento del problema.....	20
Delimitación de la investigación.....	22
Social.....	22
Espacial.....	22
Temporal.....	22
Formulación del problema.....	22
Problema general.....	22
Problemas específicos.....	22
Objetivo de la investigación:.....	23
Objetivo general.....	23
Objetivos Específicos.....	23
Hipótesis de la investigación:.....	23
Hipótesis general.....	23
Hipótesis Específicas.....	24
Identificación y clasificación de las variables.....	25
Justificación e Importancia de la investigación.....	26

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación.....	30
Antecedentes Internacionales.....	30
Antecedentes nacionales.....	32
Bases Teóricas.....	36
CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA.....	36
Definición De Conocimiento.....	36
Lumbalgia Inespecífica.....	38
La Columna Lumbar.....	38
Definición de lumbalgia inespecífica.....	39
Etiopatogenia.....	39
Clasificación.....	41
Pronóstico de la lumbalgia inespecífica.....	42
GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL.....	43
Definición.....	43
Ventajas de la evaluación de la incapacidad funcional.....	43
Factores que determinan la incapacidad funcional.....	44
Efectos de una adecuada valoración de la incapacidad funcional....	46
Aspectos a evaluar sobre la incapacidad funcional.....	46
El cuidado personal.....	46
El levantar peso.....	47
El caminar.....	47
El sentarse.....	47
El estar de pie.....	48
El dormir.....	48
Vida Social.....	48
Viajar.....	48

ESSALUD.....	48
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.....	49
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.....	51
Organigrama del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.....	52
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
Tipo de investigación.....	54
Diseño de investigación.....	54
Población y muestra de la investigación.....	54
Población.....	54
Muestra.....	55
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	56
Técnicas.....	56
Instrumentos.....	57
Método de análisis de datos.....	59
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b>	
Tablas y gráficas estadísticas.....	61
Contrastación de Hipótesis.....	98
DISCUSIONES.....	102
CONCLUSIONES.....	105
RECOMENDACIONES.....	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
ANEXOS.....	112
ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	113
ANEXO 2: Cuestionario Sobre Conocimiento De La Lumbalgia Inespecífica...	114
ANEXO 3: Cuestionario Revisado de Oswestry.....	119

ANEXO 4: Estudio de Confiabilidad.....	123
ANEXO 5: Matriz de consistencia.....	124
GLOSARIO.....	125

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende demostrar si existe relación entre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - 2012.

Con este objetivo se pretende buscar evidencia de la relación entre estas dos variables que permitirían mejorar la calidad de vida del paciente, como son el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional, en una institución de salud del estado.

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor en la zona baja de la espalda, entre las últimas costillas y los pliegues glúteos, cuya intensidad varía con las posturas y movimientos, y que suele asociarse a una limitación dolorosa de la movilidad, con o sin irradiación del dolor. (Humbría, et al, 2002)

El grado de incapacidad Funcional se considera como "la dificultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria, es decir, la incapacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad".

En nuestra realidad local Mónica Salinas nos dice que el dolor tiene impacto sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen, afectando su estado de ánimo,

personalidad y relaciones sociales, generando fatiga y disminución de la función física general y limitando la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Así como también en nuestro país aproximadamente el 35% de las inasistencias laborales se producen por causa del dolor lumbar generando así altos costos en salud solo por el hecho de no prevenir o de no estar informados sobre el tema.

Es por eso que según lo mencionado anteriormente es importante realizar una investigación que nos permita verificar que si el paciente está informado o tiene un adecuado conocimiento acerca del problema que padece, en este caso la lumbalgia inespecífica, su grado de incapacidad será mínimo y por lo tanto su capacidad funcional no se verá afectadas, teniendo así una adecuada calidad de vida.

El informe de esta investigación se presenta en los siguientes capítulos:

El capítulo I está referido al planteamiento y a la formulación de problemas, justificación, las limitaciones, antecedentes y los objetivos de la investigación.

El capítulo II presenta las bases teóricas de las variables estudiadas. Este capítulo consta de dos subcapítulos, en los cuales se da a conocer los antecedentes de la investigación, tanto nacionales como internaciones y una revisión teórica de cada variable, para su mejor comprensión.

El capítulo III presenta el marco metodológico, donde se definen las variables y se detalla la metodología empleada.



El capítulo IV presenta los resultados de la investigación, lo cual implica la descripción de cada variable y la dependencia entre ellas; además, se ha incluido la contrastación de las hipótesis correspondientes. En esta sección también se incluye la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan las conclusiones y sugerencias que se derivaron de los resultados.

La idea del presente estudio es exhortar a los profesionales de la salud a realizar investigación no solo relacionada con mejorar la calidad de vida de los pacientes sino también con aspectos que permitan solucionar los problemas que se presentan a causa de las diversas patologías que se padecen en el ámbito local.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Europa una encuesta señala que el dolor crónico de intensidad moderada – severa afecta al 19% de la población adulta y que deteriora seriamente la calidad de vida, el desempeño social y laboral de los afectados, determinándose así que este es el mayor problema de salud pública (*Breivik, 2006*).

En España (Madrid) el 15 % de la población sufre de lumbalgia y el 80 por ciento padecerá algún episodio a lo largo de su vida, lo que hace que esta patología sea una de las más prevalentes y se sitúe a la cabeza de las principales causas de baja laboral, según ha puesto de manifiesto la Sociedad Española de Reumatología (SER) en su estudio EPISER.

En Estados Unidos La prevalencia del dolor crónico en la población de es del 35% (105 millones de habitantes), siendo principalmente problemas de origen osteoarticular, lumbalgias, migraña y cáncer. (*Breivik, 2006*).

En México el dolor crónico afecta a un cuarto de la población general, si consideramos que este país cuenta con 105 millones de habitantes, entonces es posible que poco más de 28 millones de habitantes presenten este tipo de dolor. Ese número de enfermos, sugiere que la nación tendrá que destinar recursos humanos y materiales a la atención en salud de las personas afectadas.

La lumbalgia presenta costos asociados a las incapacidades laborales y a la terapéutica empleada. En este sentido, aproximadamente 30% de los portadores de lumbalgia en México requieren incapacidad. Por otro lado, en esta nación los días otorgados por incapacidad es en promedio de 12 días. Estos datos contrastan con lo reportado en otras latitudes; tal es el caso de la

Unión Americana, en donde se destinan más de 100 días de incapacidad por evento agudo. (*Alfredo Covarrubias-Gómez*)

En Argentina problemas metodológicos, de diagnóstico y clasificación afectan el análisis de las evidencias en la investigación del dolor bajo de espalda (DBE). Igualmente factores socioeconómicos y regulaciones legales influyen en el estudio de las incapacidades debidas a DBE.

Podemos inducir entonces que el DBE es multifactorial en su origen y que debe ser asociado con características y factores propios del trabajo y fuera de él. Estos últimos factores incluyen la edad, género, hábito de fumar, actividad física, medidas antropométricas, fuerza y movilidad lumbar, historia médica y anormalidades estructurales. (*Marianela Pujol*)

En Uruguay las lumbalgias, junto con las tendinitis, son de las patologías más frecuentes entre los trabajadores, según el Ministerio de Trabajo.

La patología afecta por igual a hombres y a mujeres. La edad más frecuente es entre los 30 y los 50 años, debido al proceso natural de envejecimiento, aunque también está asociado con el estilo de vida sedentario. (*Déborah Friedmann*)

En Perú, Según lo que señala Mónica Salinas Palomino quien nos dice que el dolor tiene impacto sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen, afectando su estado de ánimo, personalidad y relaciones sociales, generando fatiga y disminución de la función física general y limitando la ejecución de las actividades de la vida diaria.

En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) el dolor crónico, especialmente el dolor de espalda baja (lumbar), es también un gran problema, ya que por ser un recinto hospitalario de cuarto nivel la afluencia de pacientes es bastante significativa; para

ello existe un programa de lumbalgias al ellos acuden con el fin de aliviar su dolor y reciben el tratamiento adecuado según la prescripción médica.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

**1.2.1 Delimitación Social:** Pacientes entre 30 a 50 años.

**1.2.2 Delimitación Espacial:** El presente proyecto se prescribe en el departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

**1.2.3 Delimitación Temporal:** Se desarrollara en los meses de Octubre – Diciembre del 2012.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.3.1 Problema General**

¿En qué medida se relaciona el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

### **1.3.2 Problemas Específicos**

¿Cómo se relaciona el conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

¿Cómo se relaciona el conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

¿Cómo se relacionan los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?

## **1.4 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1 Objetivos General:**

**O<sub>G</sub>** Determinar la relación entre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

**O<sub>1</sub>** Determinar la relación del conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**O<sub>2</sub>** Determinar la relación del conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**O<sub>3</sub>** Determinar la relación de los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## **1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Hipótesis general**

**H<sub>G</sub>** El conocimiento de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>0</sub>** El conocimiento de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### **1.5.2 Hipótesis Secundarias**

**H<sub>1</sub>** El conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>0</sub>** El conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>2</sub>** El conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>0</sub>** El conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>3</sub>** Los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica tienen relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

**H<sub>0</sub>** Los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica no tienen relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

## 1.6 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

### 1.6.1 Variable 1

#### CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor en la zona baja de la espalda, entre las últimas costillas y los pliegues glúteos, cuya intensidad varía con las posturas y movimientos, y que suele asociarse a una limitación dolorosa de la movilidad, con o sin irradiación del dolor. (Humbría, et al, 2002)

### 1.6.2 Variable 2

#### GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL

El Grado de Incapacidad Funcional se considera como "la dificultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la incapacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad".

**Tabla 1. Operacionalización de variables**

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Variable 1:</b> Conocimiento de la lumbalgia inespecífica	Conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas</li> <li>• Incorrectas</li> </ul>
	Conocimiento sobre las complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas</li> <li>• Incorrectas</li> </ul>
	Nivel de conocimientos del cuidado de su columna y/o espalda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas</li> <li>• Incorrectas</li> </ul>
<b>Variable 2:</b> Incapacidad funcional	Variación del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad Mínima (0 – 20)</li> <li>• Incapacidad Moderada(21 – 40)</li> </ul>
	Cuidado personal	
	Levantar peso	
	Caminar	
	Sentarse	



	Estar de pie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad Severa(41 – 60)</li> <li>• Gran Desventaja(61-80)</li> <li>• Confinado(81 – 100)</li> </ul>
	Dormir	
	Vida Social	
	Viajar	
	Cambios en el grado de dolor	

## 1.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se basa en que la capacidad funcional del ser humano es determinante en el desarrollo normal de su vida cotidiana, debido a que se relaciona su desempeño como persona en los diferentes ámbitos en los que se ve envuelto.

La idea del presente estudio nace a partir de que la lumbalgia inespecífica es una de las principales patologías que se presentan a nivel mundial y nuestro país no es la excepción; existen diversas causas o motivos de origen por los cuales se presenta esta patología, así como también un sinnúmero de tratamientos desde diversos enfoques y puntos de vista pero que no necesariamente son efectivos. El conocimiento del paciente es muy importante durante el desarrollo de su dolencia, ya que a medida que conozca el por qué de su enfermedad, cuáles son sus consecuencias y cuáles son los cuidados que debe tener en cuenta tendrá una ventaja pues no solo se limitará a recibir el tratamiento sino también pondrá de su parte y realizará todo lo que esté a su alcance para prevenir recidivas y no incrementar su dolor.

La lumbalgia inespecífica es un factor limitante en muchos de los pacientes que la padecen pues no solo produce dolor sino también una serie de alteraciones que vienen de la mano y que afectan su quehacer diario, una de estas alteraciones es la que se produce en su capacidad funcional pues el propio malestar le impide caminar, sentarse, viajar, realizar su vida social, levantar peso, estar de pie, realizar su cuidado personal e incluso dormir; por lo tanto, según lo planteado en los objetivos quiero demostrar si este

problema tiene relación en la realización normal de las actividades mencionadas anteriormente, específicamente de los pacientes del programa de lumbalgias del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

### **1.7.1 Justificación Teórica**

El Grado de Incapacidad funcional se define como la dificultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la incapacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

La lumbalgia inespecífica es una de las patologías más comunes a nivel mundial, siendo uno de los principales motivos de consulta, así como también uno de las principales causas de ausentismo laboral a nivel mundial; el presente trabajo de investigación pretende determinar la relación existente entre lo que conoce el paciente acerca de su problema y la forma en que afecta sus actividades de la vida diaria, de modo que pueda informarse al respecto y corrija la mala praxis que ha venido realizando para así disminuir no solo su dolor sino también su asistencia al hospital por un proceso recidivante y así mejorará su calidad de vida.

### **1.7.2 Justificación Práctica**

Los resultados de la investigación permitirían a los terapeutas físicos tener información sobre cómo el conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica se involucra con la incapacidad funcional de los pacientes y así se encargarían de corregir los malos hábitos físicos que han venido realizando con el fin de disminuir su malestar y mejorar su concepto acerca del problema que padecen , a su vez contribuiría a reducir costos de tratamiento a los pacientes que muchas veces gastan dinero en traslado, consultas particulares y otros.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

**Grimaldi Puyana Moises**, 2010, (1) Efectos de un programa de actividad física en el medio acuático, aplicado a personas con algias en el dorso del tronco, facultad de medicina departamento de anatomía y embriología humana, doctorado, España, después de nueve meses de tratamiento, los usuarios mejoran su calidad de vida, siendo estadísticamente significativa en el componente sumatorio físico (CSF) y en las dimensiones de primero orden siguientes, función física, dolor corporal, salud general y función social. Con nuestro protocolo PAFMA, se ha producido una disminución significativa del índice de incapacidad en la muestra, pasando como señala la valoración clínica de incapacidad moderada en el inicio del programa, a incapacidad mínima después del programa. Se ha producido una disminución significativa de las algias en el dorso del tronco, en los sujetos después de nueve meses, aunque la situación según la valoración clínica no cambia después del protocolo de actuación, situándose en dolor moderado. Que así mismo se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre variables de calidad de vida, algias de espalda e índice de incapacidad al final de la intervención. El PAFMA es un excelente instrumento preventivo, dirigido a sujetos con algias en el dorso del tronco, presentándose así como una medida útil para prevenir las futuras algias crónicas.

**González Rocabado Roberto Alfonso, Keglevic Román Vilma Ivania**, 2004, (2) Análisis del centro de presión en posturografía en pacientes con síndrome de dolor lumbar crónico, facultad de medicina escuela de kinesiología, licenciatura, Chile, Al encontrarnos durante nuestra vida profesional con esta patología tan común como

lo es el Síndrome de Dolor Lumbar Crónico (SDLC) lo relacionamos únicamente a procesos musculoesqueléticos, sin considerar otros aspectos relacionados a esta patología, que ha venido cobrando gran trascendencia en nuestro desempeño profesional. Por el mismo motivo nos hemos interesado en profundizar otra arista del SDLC, relacionándolo con la postura. Sabemos que con esta patología variados aspectos se ven afectados a medida que evoluciona la enfermedad, comprometiendo estructuras musculoesqueléticas y neurales que están estrechamente ligadas al control postural del ser humano. Por este motivo hemos querido medir y comparar con un método objetivo como lo es la Posturografía las frecuencias de las oscilaciones que son propias de los sujetos normales y compararlas con aquellos sujetos que poseen SDLC, los que padecerían alteraciones en los mecanismos que controlan la postura. Luego de procesar los datos hemos encontrado que las diferencias más significativas se dieron en la fase del test de ojos cerrados, lo que nos indica la gran importancia que cobra ésta aferencia en la mantención de la postura en sujetos con SDLC, por el hecho de tener su propiocepción alterada a causa del dolor lumbar. También encontramos que la energía total promedio utilizada para mantener la postura es considerablemente mayor en los sujetos que poseen SDLC, ya que en ellos la demanda energética es mayor que en sujetos normales. Por otro lado pudimos determinar las estrategias más empleadas en la mantención de la postura en ambos grupos.

**Monroy Peralta Jorge Luís**, 2011, (3) Evaluación del tratamiento integral del síndrome de espalda baja dolorosa en un programa de escuela de columna, facultad de ciencias médicas, licenciatura, Guatemala, tiene como objetivo analizar el tratamiento integral del síndrome de espalda baja dolorosa en un programa de escuela de

columna del hospital Roosevelt. Concluyó que aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos presentó un síndrome postural y la mayoría de estos presentó dolor tipo crónico. Los resultados de los 3 test con prueba estadística t student pareada de antes y después evidenciaron que el tratamiento disminuye el dolor. El tratamiento fue multidisciplinario y efectivo en la mayoría de los pacientes que lo recibieron.

**Díaz Gutiérrez Lizani et al.** (2006), (4), Evaluación funcional e isocinética en pacientes con lumbalgia mecanopostural, México, tiene como objetivo correlacionar la evaluación isocinética con la escala de Oswestry en pacientes con lumbalgia mecanopostural. Los Resultados indican que obtuvimos mejoría estadísticamente significativa en el dolor y en todas las variables isocinéticas con predominio en el trabajo y el pico de torque de los flexores del tronco. Encontramos una débil correlación entre las variables isocinéticas y el dolor, significativa, en el torque de flexores y potencia de extensores. Concluyeron que existe una débil correlación entre la mejoría del dolor y los parámetros isocinéticos, significativa, para el torque de los músculos flexores y potencia de los músculos extensores del tronco.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Carrasco Carlos Mónica Yannet, Valenzuela Gil Milagros**, 2011, (5) Efectividad del ultrasonido terapéutico para la disminución del dolor en la lumbalgia mecánica crónica en el hospital nacional dos de mayo, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica, licenciatura, tiene como objetivo evaluar la efectividad del ultrasonido terapéutico para la disminución del dolor en lumbalgia mecánica crónica. Concluyó que en ambos grupos se

logra disminuir el dolor, sin embargo, en el grupo casos el porcentaje de disminución del dolor de de 92.57% y en el grupo control fue de 48.19% evidenciándose una mayor efectividad, disminución del dolor en un menor tiempo, en el grupo casos, dada la presencia del ultrasonido.

**Chuquitucto Sánchez Maritza Soledad, Sánchez Medina Jeimmy,** 2002, (6) Influencia del programa kinesioterapéutico en la lumbalgia mecánica con hiperlordosis en los estibadores del mercado mayorista n°1 Lima mayo – julio 2002, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica, licenciatura, actualmente el dolor lumbar es una de las patologías que se observan con más frecuencia en los servicios de terapia física y rehabilitación en su mayoría con diagnósticos de lumbalgia mecánica. Entonces conocedores de las causas que producen lumbalgia mecánica despertó nuestro interés a realizar una previa encuesta en la población de estibadores del mercado mayorista ya que estos reúnen muchos de los factores determinantes que producen lumbalgia mecánica y dicha encuesta nos arrojó que el 82.22% presentaba dicha molestia, por lo cual decidimos aplicar un programa kinesioterapéutico de 8 ejercicios de auto estiramiento en los grupos musculares que presentan alteraciones comunes en nuestra evaluación por la labor a que se encuentran sometidos estos trabajadores, determinados grupos musculares que se encuentran sometidos a posturas que condicionan a una permanente contracción en acortamiento lo que por compensación producen alteraciones posturales siendo la más significativa la hiperlordosis. Al aplicar el programa kinesioterapéutico concluimos que todos disminuyeron sus cuadros de dolor, y a nuestra evaluación de elasticidad todos mejoraron dicha propiedad muscular claro que no todos fue en igual proporción y esto dependió de otros factores intervinientes como la edad, y el tiempo trabajo. De



los 117 estibadores sometidos al programa kinesioterapéutico el 88,3% respondió efectivamente a nuestro tratamiento.

**Galli Garibaldi Max Neil, 1999**, (7) Eficacia de la terapia mediante movilizaciones pasivas en el tratamiento del dolor lumbar sub agudo de origen mecánico realizado en el hospital central de la Policía Nacional Del Perú Lima 1999, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica, licenciatura, Se realizó el presente estudio experimental con el objeto de determinar la eficacia de la terapia mediante movilizaciones pasivas a nivel de los segmentos vertebrales lumbares en el alivio del dolor lumbar sub agudo de origen mecánico. Se estudió la evolución del cuadro sub agudo de la lumbalgia mecánica , a través de la valoración de las variables cualitativas ordinales como son el grado de dolor y el grado de limitación al movimiento para los grupos control y experimental; encontrándose en la evaluación inicial , y en las evaluaciones realizadas en la sexta , novena y decima segunda sesión que no existe diferencia estadística significativa en la evolución de estas variables en ambos grupos ; es decir , no se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe diferencia entre el tratamiento de control y el experimental , sin embargo se observo un detalle importante en los cuadros descriptivos , que en cada evaluación un numero mayor de pacientes son dados de alta por no presentar dolor o limitación al movimiento en el grupo experimental (hasta l decima segunda sesión un 84%) en comparación con el control ( hasta la decima segunda sesión 68%) , lo que nos demuestra que el tratamiento experimental acorta el tiempo de recuperación del paciente integrándolo a la actividad productiva , disminuyendo los costos de tratamiento y la pérdida de horas – hombre haciendo de esta opción terapéutica , una alternativa válida , segura y económica.

**Marcos Gamarra Cesar Alfredo**, 2001(8), Terapia de flexión y extensión en el tratamiento del dolor lumbar de origen mecánico, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica, licenciatura, El propósito del presente trabajo es establecer un protocolo de tratamiento kinesioterapéutico alternativo para el alivio del dolor lumbar subagudo de origen mecánico mediante la terapia de flexión y extensión del raquis. Al inicio del tratamiento todos los pacientes respondieron un cuestionario de entrada sobre datos somatométricos, socioculturales y condicionantes y además recibieron una hoja con recomendaciones escritas de acuerdo a su grupo de tratamiento. Todos los pacientes tuvieron tres sesiones de tratamiento por semana durante dos semanas. En la primera sesión se evaluó el dolor, movilidad lumbar, grado de incapacidad, capacidad muscular funcional y fuerza muscular grupal. A la sexta sesión se evaluaron los mismos parámetros y se hizo una comparación entre la primera y la sexta sesión. Al cabo de seis sesiones o dos semanas de tratamiento los pacientes del Grupo “B” o Experimental respondieron favorablemente al tratamiento en comparación con el Grupo Control y el grupo Placebo resultando significativo en dos de los parámetros estudiados: Grado de dolor y grado de incapacidad.

**Ruiz Cueto Jeannette Delma**, 1997, (9) Medidas preventivas que brinda el fisioterapeuta al paciente con lumbalgia Hospital Central de Aeronáutica Juan Benavides Dorich distrito de Miraflores 1996 – 1997, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica, licenciatura, El estudio de investigación nace de haber observado que en la mayoría de pacientes con lumbalgia que se hospitalizaban, lo hacían por presentar complicaciones como

Lumbociáticas, Lombocruralgias y Hernia del núcleo pulposo hasta llegar a la limitación funcional, generalmente sucedían en aquellos pacientes que no tenían conocimiento de la enfermedad que padecen o que eran irresponsables en su tratamiento o desconocían los cuidados que deberían tener con su columna. Motivo por el cual, se vio la importancia del profesional fisioterapeuta en la educación del paciente con lumbalgia. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario y lista de chequeo, test, fichas de evaluación, lo cual permitió los conocimientos que tienen los pacientes, de la enfermedad, sus complicaciones y los cuidados a tener con la columna todo esto identificado antes de la enseñanza respectiva (variable independiente) se comprobó la efectividad a través de los resultado óptimos logrados. En cuanto al campo de estudio, no se halló ninguna dificultad, desarrollándose el trabajo satisfactoriamente.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA**

#### **Definición De Conocimiento**

El conocimiento es considerado como una representación conceptual de los objetos, como una elaboración que se produce, por lo tanto, en la mente de los hombres. Desde este punto de vista puede afirmarse que es una actividad intelectual que implica siempre una operación de abstracción. (10)

Es esa cualidad que tiene el ser humano de poder interpretar las ideas a su manera para poder dar un juicio respecto a lo que está pensando y así poder comprender analizar la situación o el contexto en el cuál se encuentra así como también temas de índole académico y cuya repercusión pueda aportar un nuevo conocimiento científico a nuestra sociedad.

La noción fuerte del conocimiento nos dice que éste es infalible y rechaza cualquier sombra de duda y error, para lo cual debe justificarse lo que se conoce en razones suficientes y concluyentes; mientras que la noción débil o alternativa plantea que es una creencia verdadera justificada. (11)

De este modo se entiende al conocimiento como lo que uno mismo cree según los conceptos adquiridos y que se justifican en alguna experiencia preconcebida.

Para Platón en el *Teeteto* el conocimiento es percepción; es opinión verdadera y es opinión verdadera acompañada de una explicación, (12) por lo tanto es emitir nuestro punto de vista acerca de una cuestión que se base en una explicación razonable.

Kant, describe a la capacidad humana de conocer dividida en dos partes. La primera está inscrita en el ámbito de la sensibilidad, y es el momento en que podemos percibir el mundo que nos rodea de la forma en que se nos aparece. Luego de esta primera representación que se hace del objeto, llamada intuición, podrá sobrevenir una elaboración conceptual que correrá por cuenta del entendimiento. La posibilidad de conocer, entonces, se presenta a nosotros compuesta por dos procesos realizados por dos facultades bien diferenciadas del individuo: primero, percibir intuiciones gracias a la sensibilidad y luego, mediante el entendimiento y la aplicación de categorías propias de éste obtener conocimiento haciendo conceptos con nuestras intuiciones, pensando en base a ellas. (13)

Después de estas definiciones y de llegar a la conclusión de que el conocimiento se basa en nuestra experiencia y debe justificarse en ella, a continuación se tocará el tema de la lumbalgia inespecífica que es junto al conocimiento una de las razones de la presente investigación.

## **Lumbalgia Inespecífica**

### **La Columna Lumbar**

La columna vertebral, eje óseo del cuerpo, cumple funciones de protección (médula ósea y raíces), resistencia y movimiento gracias a su especial morfología, disposición de las articulaciones e integridad funcional músculo – ligamentosa. Es pues una estructura compleja con múltiples sistemas de protección. (14)

La columna vertebral es una de las zonas más delicadas del cuerpo humano y al mismo tiempo una de las más importantes por las funciones que realiza, no solo por formar parte importante de nuestro sistema nervioso sino porque también se relaciona con las estructuras anatómicas del cuerpo humano mediante los dermatomas y los miotomas cuya función radica en la localización de zonas del cuerpo humano y en la reproducción de movimientos respectivamente.

Al evolucionar la columna humana se ha adaptado a la bipedestación combinando la rigidez de las vértebras y la elasticidad de los discos. Esta singular combinación le permite soportar importantes presiones y al mismo tiempo tener una amplia movilidad controlada en determinados planos. (14)

Conceptualmente la estabilización de la columna se debe a tres subsistemas: uno pasivo, uno activo y un control neural de retroalimentación (feedback). El sistema pasivo es la columna osteoarticular en sí, el activo lo forman los músculos y tendones, y el neural es un mecanismo transductor localizado en los ligamentos, tendones y músculos que soportan la columna, dependiendo de la

flexión en que se encuentre o del peso que soporte, pueden llegar a ser de 5000 a 8000 N. En condiciones normales los segmentos más inferiores soportan 2100 N, es decir entre dos y tres veces el peso del cuerpo. Los cambios diurnos modifican la cantidad de líquidos de la columna y con ello su resistencia.

El disco se deshidrata y se hace más elástico, protruye más, es más laxo a la compresión y más flexible a la inclinación. (15)

### **Definición De Lumbalgia Inespecífica**

La lumbalgia inespecífica se define como el dolor en la zona baja de la espalda, entre las últimas costillas y los pliegues glúteos, cuya intensidad varía con las posturas y movimientos, y que suele asociarse a una limitación dolorosa de la movilidad, con o sin irradiación del dolor.

Su diagnóstico excluye fracturas, traumatismos directos y enfermedades sistémicas, e incluye alteraciones estructurales de la columna vertebral, como hernias discales o alteraciones facetarias. Hay que destacar que solo el 3-5% de las lumbalgias son debidas a enfermedades graves subyacentes y que en más del 90% de los casos corresponden a lumbalgia inespecífica (16).

Se puede mencionar que es una de las enfermedades de mayor casuística a nivel internacional y por lo tanto es una de las principales causas de ausencia laboral.

### **Etiopatogenia**

Potencialmente el dolor se origina en las estructuras anatómicas que constituyen la columna la columna lumbar y lumbosacra. (17)

Tradicionalmente, las patologías mecánicas del raquis se han relacionado con la existencia de contracturas musculares, desgarros y esguinces de la zona vertebral y paravertebral, síndromes de degeneración discal o facetaria, fisura, protrusión o hernia discal y otras alteraciones de la estática o dinámica de la columna vertebral, como las asociadas a sobrecargas posturales, escoliosis, espondilolisis, espondilolistesis, anomalías de transición lumbosacra (lumbarización o sacralización), hipercifosis o hiperlordosis u otras hipotéticas etiologías.

Hoy en día se dispone de abundante evidencia científica que demuestra que la existencia de muchas de las alteraciones orgánicas tradicionalmente consideradas como causantes de patologías mecánicas del raquis no predispone realmente para padecerlas (18, 19, 20, 21, 22)

Otra de las causas por la cuales se pueda producir una lumbalgia inespecífica es un accidente como los de tránsito o aquellos en los cuales uno va manejando algún medio de transporte y tiene un impacto súbito y repentino con alguna estructura y cuya consecuencia es un dolor a nivel de la zona lumbar baja.

Sin embargo, todavía hoy los factores de riesgo demostrados son pocos. Dentro de los potenciales factores de riesgo estudiados, la evidencia científica no demuestra que sea un factor de riesgo para padecer patologías mecánicas del raquis la existencia de hiperostosis difusa idiopática, la heterometría de los miembros inferiores, el pie cavo, el pie plano, la artrosis, la escoliosis de menos de 60° Cobb e incluso la hernia discal en los casos en los que la clínica no se correlaciona perfectamente con la localización del material herniado (19, 23)

Por el contrario, entre los factores estudiados sí han demostrado correlacionarse con la existencia de patologías mecánicas del

raquis la exposición a vibraciones de baja frecuencia causadas por vehículos o maquinaria industrial (23), el trabajo que requiera la repetida flexo extensión de la columna, especialmente en rotación y cuando se excede la capacidad física del operario (24, 23, 25), el estrés prolongado (20) el sobrepeso, y el tabaquismo (24, 25).

### **Clasificación**

Puesto que la lumbalgia es un síntoma y no un diagnóstico, las posibilidades de clasificación del mismo son múltiples y pueden ir desde la clasificación nosológica, según la estructura afectada, hasta una clasificación basada en las características del dolor que desde un punto de vista clínico resulta de mayor utilidad usar esta clasificación basada en las características del dolor del paciente (17).

Tradicionalmente se clasifica la lumbalgia según la duración de los síntomas, esta clasificación es la más utilizada sin que haya evidencia al respecto, ya que ha sido elaborada por consenso, no basándose en la evidencia científica.

Es más práctica debido a que nos permite tener una idea del tiempo que el paciente padece el problema y por lo tanto orientarnos en su plan de tratamiento.

Se define como aguda cuando persiste menos de seis semanas, subaguda cuando persiste entre seis semanas y tres meses, y crónica cuando se prolonga más de tres meses.

Hay un estudio realizado donde se demuestra que ya a los 14 días se pueden establecer un punto de corte para considerar a partir de aquí a los pacientes como subagudos, ya que aparecen en este



punto cambios relativos a la incapacidad, y calidad de vida que pueden predecir la incapacidad crónica.

Los factores que favorecen el paso de lumbalgia aguda a lumbalgia crónica no son fáciles de definir. Parece que factores individuales, psicosociales y laborales desempeñan un papel importante en el desarrollo de la cronicidad. En un estudio de cohortes se observó que la ansiedad, el hábito depresivo y las somatizaciones se asocian con un mayor riesgo de cronificación del dolor lumbar (26).

### **Pronostico Actual De La Lumbalgia Inespecífica**

Se han descrito varios factores pronósticos en relación con la intensidad o duración del episodio, demostrándose que la cronicidad y los factores de tipo psicológico y sociológico tienen una influencia mayor que la de criterios clínicos o radiológicos. (18,27 28,29, 25)

En el ámbito laboral, se ha demostrado que:

El hecho de recibir compensación económica por la baja producida por lumbalgia es un factor de mal pronóstico en relación a la evolución del dolor y la vuelta al trabajo (30).

Los casados con lumbalgias de origen laboral vuelven al trabajo antes que los solteros (28).

En la población general, son signos pronósticos negativos en relación a la duración del episodio doloroso la existencia de episodios dolorosos previos, el tiempo total de trabajo perdido en los últimos 12 meses por dolor de espalda, la existencia de dolor irradiado, además del local, la existencia de signos de compresión radicular, la falta de potencia y resistencia en la musculatura paravertebral y abdominales, la mala forma física, la autclasificación como sujetos que no tienen buena salud, el tabaquismo, padecer ansiedad o depresión Psicológica, la

insatisfacción con el trabajo o la existencia de problemas personales, o de pleitos médico-legales. (25)

### **2.2.2. GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL**

#### **Definición**

El grado de incapacidad funcional se considera como "la dificultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria, es decir, la incapacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad". Así como también, "la incapacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, es decir, como el grado en que hombres y mujeres no pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica reorientar las propias acciones".

La incapacidad funcional se manifiesta habitualmente por la pérdida de la capacidad para desempeñar con independencia las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tanto Básicas (AVD-B) como Instrumentales (AVD-I). Las AVD-B son las actividades esenciales para el autocuidado, mientras que las AVD-I son actividades más complejas que son necesarias para adaptarse independientemente al medio ambiente (31)

#### **Ventajas de la evaluación de la incapacidad funcional**

- Facilita un enfoque diagnóstico integral, ya que por lo general la sumatoria de enfermedades presentes, deterioran en diverso grado la capacidad funcional, sin definir la participación precisa de cada una de ellas. Aún con el tratamiento adecuado, muchas patologías

siguen deteriorándola: disminuyó el dolor pero continuo sin lograr anudarme los zapatos.

- Evalúa las consecuencias de una enfermedad en forma individual. La evolución natural de las enfermedades, especialmente de las degenerativas, es un proceso particular de cada paciente, dentro de un rango posible establecido. Dicha evaluación permite identificar discapacidades y mediante una intervención oportuna se retarda o detiene la aparición de minusvalías.
- Estima la cantidad de independencia y autonomía existente en el momento de la evaluación.
- Enfoca al equipo de salud hacia problemas claves, de especial importancia para el paciente en su vida diaria, permitiendo así establecer prioridades en el plan terapéutico.
- Permite realizar un seguimiento del paciente, en cuanto a respuesta al tratamiento o progresión de la disfunción, logrando detectar pequeños cambios en la capacidad funcional que pudieran tener significado patológico y requerir en un momento dado, modificaciones en los programas de tratamiento o en los modelos de atención instaurados.
- Tiene importancia pronostica en la sobrevida a largo plazo. Existe una relación directamente proporcional entre el deterioro de la capacidad funcional y la mortalidad.
- Detecta factores de riesgo que pueden ser modificados, para evitar el mayor deterioro de la capacidad funcional.

### **Factores que determinan la incapacidad funcional**

- Deterioro físico: La disminución de la masa magra corporal y la inmovilidad, son los principales factores involucrados en el deterioro

de la capacidad funcional. Otros factores relacionados son: la disminución del nivel de consumo de oxígeno, el gasto cardíaco y la Presión Arterial de Oxígeno.

- Deterioro sensorial: Alrededor de la mitad de la población mayor de 60 años tiene problemas de visión, generalmente debido a la presbicia (engrosamiento paulatino del cristalino), la Presbiacusia la cual se define como una disminución de la función auditiva relacionada con la edad, la cual se caracteriza por la dificultad para discriminar entre sonidos de diferentes frecuencias y disminución de la habilidad para localizarlos.

- Hábitos y estilo de vida: El concepto de estilo de vida como una expresión de la forma de vida, corresponde a las estrategias usadas por un individuo, para hacer uso de los recursos y posibilidades generados por el entorno social. Los comportamientos habituales saludables y poco saludables hacen parte del estilo de vida individual y están estrechamente relacionados con el nivel de capacidad funcional.

- Motivación: La motivación es el impulso para realizar una acción o actividad y determina la calidad de la participación en actividades. La motivación puede ser expresada a través de los deseos, los cuales se refieren a la voluntad que se tiene para realizar determinada actividad.

- Ocupación: conjunto de actividades de trabajo, juego, autocuidado y esparcimiento. El conocimiento de las características ocupacionales y laborales, permite ubicar al anciano dentro de un marco de habilidades, aptitudes y conocimientos. Es importante tener en cuenta que “Al envejecer toma mayor importancia la influencia que ejerce la capacidad funcional en la ocupación, puesto que guardan una relación inversamente proporcional y en la mayoría de las veces es el deterioro de la capacidad funcional lo que origina el abandono de la ocupación”.

### **Efectos de una adecuada valoración de la incapacidad funcional**

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Disminuir la cantidad de medicamentos prescritos.
- Mantener y aumentar el estado funcional.
- Mejorar el afecto y el estado cognoscitivo.
- Racionalizar la utilización de los servicios de salud disponibles.
- Disminuir hospitalizaciones agudas.
- Reducir los costos de atención en salud.
- Valorar programas para detectar deficiencias en la atención.
- Analizar y estimar costos, beneficios y eficacia de las intervenciones realizadas.
- Intensificar la comunicación entre los miembros del equipo.
- Evitar la institucionalización temprana.
- Prolongar la sobrevida.

### **Aspectos a evaluar en la capacidad funcional**

#### **• El Cuidado Personal**

El cuidado personal comprende las habilidades relacionadas con el aseo, la comida, el vestido, la higiene y el aspecto personal.

En nuestra sociedad, donde la imagen es tan importante para las relaciones personales, una apariencia externa descuidada puede ser suficiente para producir un rechazo social que impida la inclusión en la comunidad. En la vivienda es donde se ha de desarrollar el cuidado de uno mismo y en donde se han de potenciar todas las habilidades y destrezas de la autonomía personal.

- **El Levantar Peso**

Consiste en toda actividad que esté relacionada al esfuerzo físico y que incluya la manipulación de objetos con un determinado peso.

Cuando se levante peso, es importante usar la técnica correcta para prevenir el dolor de espalda. Ésta incluye los próximos pasos:

- ✓ Agacharse doblando las rodillas.
- ✓ Mantener la espalda recta.
- ✓ Empujar el peso hacia arriba con las piernas.
- ✓ Mantener el peso pegado al cuerpo todo el tiempo.

- **El Caminar**

El término caminar permite dar cuenta de la acción de ir andando a partir de las extremidades inferiores de un lugar a otro, Y el otro uso de la palabra refiere el recorrer a pie determinada distancia.

En la actualidad, el caminar se ha convertido en una actividad súper popular y en ello mucho ha tenido que ver el hecho que se trata de un ejercicio muy saludable, especialmente para aquellos que quieren adelgazar, así como también como terapia natural para atenuar los efectos de algunas afecciones tal es el caso de las cardíacas, por ejemplo.

- **El sentarse**

Se define como colocar una cosa o persona firmemente apoyada en el sitio en que debe estar.

- **El estar de pie**

Hace referencia a la actividad que realiza el individuo con el solo hecho de posicionarse en determinado lugar.

- **El Dormir**

Se define como un Periodo de inactividad, con un fin reparador.

- **Vida Social**

Se denomina vida social a aquella que el ser humano desarrolla en contacto con sus semejantes, en el ámbito familiar, laboral, institucional, barrial, etcétera. Es casi imposible carecer de vida social ya que desde que nacemos percibimos y sentimos la existencia del otro, porque somos seres sociales por naturaleza.

- **Viajar**

Hace referencia a trasladarse de un lugar a otro, generalmente distante, por cualquier medio de locomoción.

### **2.2.3. ESSALUD**

El Seguro Social de Salud del Perú o EsSalud, es la institución peruana de la seguridad social en salud, comprometida con la atención integral de las necesidades y expectativas de la población asegurada, con equidad y solidaridad hacia la universalización de la seguridad social en salud.

## **Hospital Nacional Guillermo Almenara Essalud**

La Red Asistencial almenara es el conjunto de Centros Asistenciales de Diferentes niveles de complejidad que tiene como base organizativa el establecimiento de salud de mayor nivel de resolución, cuya combinación de recursos y complementariedad asegura el otorgamiento de prestaciones de salud y económicas a la población asegurada y sus derechohabientes interrelacionándose con el conjunto de agencias y/o sucursales que brindan cobertura de aseguramiento, las mismas que operan con el ambiente geográfico asignado.

La Red Asistencial Almenara tiene por finalidad proteger a los asegurados y derecho habientes a través de acciones de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud. En cumplimiento con las normas, objetivos y políticas institucionales.

La Red Almenara tiene como objetivos lo los siguientes:

- Mejorar la salud y calidad de vida de la población asegurada en el ámbito geográfico asignado, garantizando el acceso y oportunidad a prestaciones integrales con criterios de calidad eficiencia y equidad.
- Garantizar el uso eficiente de los recursos a través de una correcta identificación de los asegurados, evaluación de riesgos y auditoria de seguros.
- Facilitar los diferentes procesos administrativos para una adecuada oportuna previsión de recursos necesarios para la prestación y aseguramiento.

Las funciones generales de la Red Asistencial Almenara son las siguientes:



- Formular los planes y programas del conjunto de la red asistencial en concordancia con los lineamientos de política institucional en el ámbito de su competencia
- Organizar y otorgar prestaciones integrales de salud económicas a los asegurados y derecho habientes a través de servicios propios contratados con la red pública o privada
- Fortalecer el sistema e referencias y contra referencias en la Red Asistencial organizando la atención según la calificación del daño programático y capacidad de resolución de los centros garantizando continuidad y oportunidad de atención.
- Desarrollar las transferencias tecnológicas de conocimientos entre los diferentes niveles de resolución de los centros, mediante la actualización y especialización de los recursos humanos de la red Asistencial.
- Apoyar la formación y especialización de recursos humanos, asignado de acuerdo a los recursos y necesidades de la institución, el campo clínico y personal para la docencia e investigación a cargo de las universidades e instituciones educativas mediante convenios.
- Administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros de acuerdo a los lineamientos de política institucional y a los dispositivos legales vigentes.
- Realizar auditorías de seguros en el buen otorgamiento de prestaciones teniendo en cuenta parámetros de calidad y costo.
- Dirigir y controlar el mantenimiento de la base de datos de la población asegurada de tal forma de identificar y eliminar los problemas filtración y suplantación al sistema.
- Realizar en el ámbito de su competencia otras funciones que le asigne la gerencia general.

## **Departamento De Medicina Física y Rehabilitación**

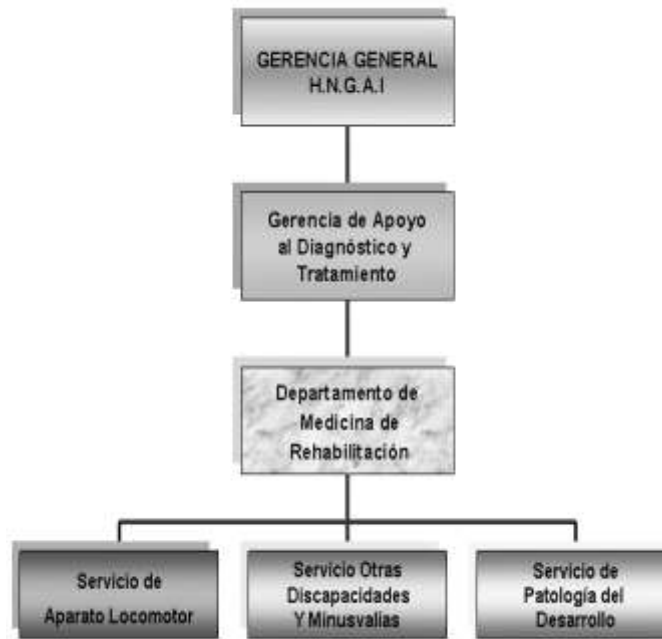
El Hospital Obrero de Lima hoy Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" fue inaugurado el 10 de febrero del año 1941, desde su fundación contó con un Servicio de Fisioterapia que funcionaba como un anexo del Servicio de Radiología, cuentan las crónicas del hospital que el Servicio de Fisioterapia empieza a funcionar en forma independiente desde hace 59 años, teniendo como Jefe al Doctor Carlos Bustamante Ruiz quien logra la resolución de la creación del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación en el año 1948.

Junto al Doctor Bustamante trabajaron renombrados médicos que viajaron al extranjero para especializarse en Rehabilitación (especialidad nueva en aquella época) como fueron los doctores Gino Costa Elice (segundo jefe del departamento), Pedro Angulo Pinto y otros, quienes después pasaron a otras instituciones a crear nuevos Centros de Rehabilitación tanto en Lima como a nivel nacional.

En la actualidad cuenta con profesionales altamente calificados tanto médicos como tecnólogos médicos, ocupacionales, lenguaje, aprendizaje, técnicos asistenciales, quienes a pesar de las restricciones presupuestarias de la institución logran sobresalir en las diferentes áreas de la especialidad donde laboran ya sea en hospitalización (UCI, INCOR, neonatología, neurocirugía, neurología, neumología, etc.) o brindando atención ambulatoria en los diferentes programas de medicina de rehabilitación con que cuenta.

Actualmente el departamento de medicina de rehabilitación de la red asistencial Almenara es el órgano rector a nivel nacional en lo que a los modelos de gestión, protocolización de manejo especializado y a metodología estadística compete.

**Figura 1. Organigrama El Departamento De Medicina Física Y Rehabilitación (Elaborado por el HNGAI)**



## **CAPÍTULO III**

# **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN**

En el caso del presente estudio es descriptivo correlacional porque pretende demostrar que el conocimiento de los pacientes sobre la lumbalgia inespecífica tiene relación con el grado su incapacidad funcional.

### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El diseño de la investigación es no experimental ya que se realiza sin manipular deliberadamente variables. (31)

Es transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. (31)

Es descriptivo ya que tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. (31)

Por lo tanto resumiendo se trata de un estudio no experimental transversal descriptivo ya que tiene por objetivo indagar la influencia del conocimiento de la lumbalgia inespecífica en la capacidad funcional en los pacientes del programa de lumbalgias del servicio de aparato locomotor del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, y la información se recoge en un solo momento.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

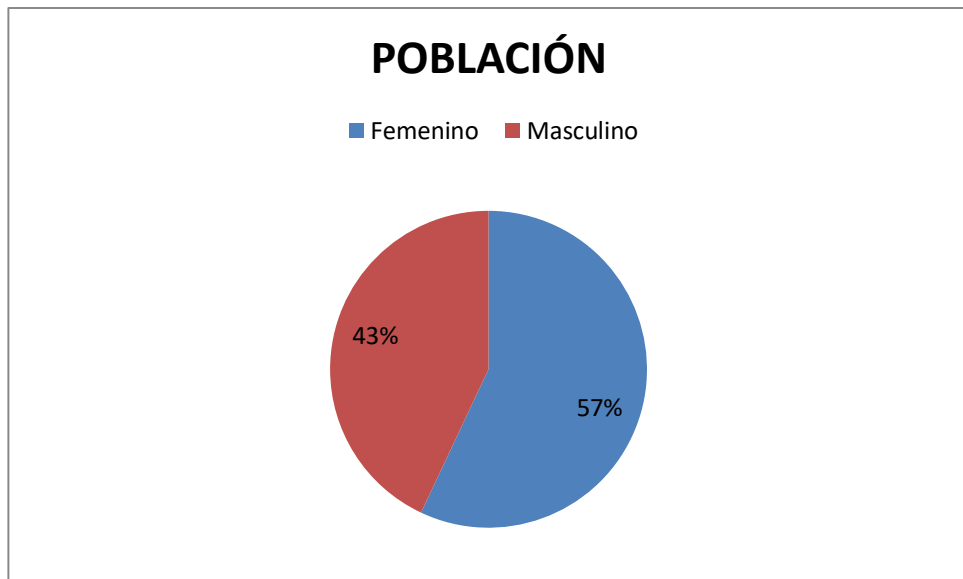
#### **3.3.1 Población**

La población comprende a todos los pacientes con lumbalgia inespecífica del programa de lumbalgias del servicio de aparato locomotor del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, siendo un total de 35.

**Tabla 2. Población**

Género	Porcentaje	Frecuencia
Femenino	57	20
Masculino	43	15
Total	100	35

**Figura 2. Población**



### 3.3.2 Muestra

Es una muestra no probabilística ya que se tomó al total de la población de 35 pacientes con lumbalgia inespecífica del programa de lumbalgias del servicio de aparato locomotor del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con Lumbalgia Inespecífica
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre los 30 y 50 años.
- Pacientes que desean participar del trabajo de investigación.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con otro tipo de patologías que no sean de origen lumbar.
- Pacientes que no desean participar en el trabajo de investigación.
- Pacientes mayores de 50 años y menores de 30.
- 

## **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.4.1 Técnicas**

En el estudio se utilizó las siguientes técnicas:

- Técnica de análisis de documentos, es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. (31)
- Técnica de fichaje fue utilizada para la recolección de información primaria y secundaria con el propósito de la elaboración y redacción del marco teórico.
- Observación, consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. (31)
- Estadística, se aplicó durante el proceso el análisis inferencial, ayudando a encontrar significatividad en sus resultados. Teniendo en cuenta los valores porcentuales significativos para deducir las conclusiones de la investigación.

### **3.4.2 Instrumentos**

El instrumento que se utilizó para recolectar los datos fue el cuestionario y la técnica aplicada fue la entrevista individual ya que permite la interacción directa fisioterapeuta – paciente.

En cuanto a los instrumentos se tiene lo siguiente:

- **Cuestionario sobre Conocimiento De La Lumbalgia Inespecífica**

#### **Ficha Técnica**

Nombre: Cuestionario sobre conocimiento de la lumbalgia inespecífica

Año: 1996

Aplicación: Colectiva e individual

Puntuación: Marcar la alternativa que corresponda según sea el caso.

Tiempo de aplicación: 15 minutos

Es un cuestionario elaborado por Ruiz Cueto Jeannette Delma, (9) tomado de su tesis Medidas preventivas que brinda el fisioterapeuta al paciente con lumbalgia Hospital Central de Aeronáutica Juan Benavides Dorich distrito de Miraflores 1996 – 1997, con el objetivo de obtenerse datos acerca de los conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad y sobre los cuidados a tener con su columna. Su aplicación es colectiva e individual, cuenta con alternativas de opción múltiple en las cuáles deberá elegirse solo una para determinar lo antes mencionado; su tiempo de aplicación será de 15 minutos y se tomará a los pacientes mencionados en la muestra. (Anexo 1)

Confiabilidad: Para la confiabilidad se aplicó un plan piloto a 35 pacientes de similares características. Siendo estos integrantes del



programa de lumbalgias del hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El procedimiento fue:

- El Coeficiente alfa de Cronbach. Se basa en la medición de la respuesta del sujeto con respecto a los ítems del instrumento; se obtuvo como resultado 0,828 lo cual hace confiable al instrumento.

○ **Cuestionario revisado de Oswestry**

**Ficha Técnica**

Nombre: Cuestionario revisado de Oswestry

Aplicación: Colectiva e individual

Puntuación: Marcar la alternativa de la A a la F según sea el caso.

Tiempo de aplicación: 15 minutos

Este cuestionario mide el grado de incapacidad. Consta de 10 secciones o preguntas numeradas del 1 al 10 con seis alternativas cada una (A, B, C, D, E y F). Se le pidió al paciente marcar solo una respuesta encerrando en un círculo la que mejor describa su situación en ese momento. El valor de cada alternativa es: A: 0 puntos; B: 1 punto; C: 2 puntos; D: 3 puntos; E: 4 puntos y F: 5 puntos. La puntuación global se obtuvo sumando los puntajes de cada sección o pregunta y multiplicando este valor por 2 con la finalidad que las puntuaciones abarquen el rango de 0 a 100. Una vez obtenido el puntaje global se procedió a la calificación de la incapacidad de acuerdo a los siguientes criterios (Anexo 2):

PUNTOS	GRADO DE INCAPACIDAD
0 - 20	INCAPACIDAD MINIMA
21 – 40	INCAPACIDAD MODERADA
41 -60	INCAPACIDAD SEVERA
61 – 80	GRAN DESVENTAJA

81 - 100	CONFINADO
----------	-----------

Confiabilidad: Según Borrego, Saéz, et al. (2005) En su estudio Análisis psicométrico del Cuestionario de Discapacidad del Dolor Lumbar de Oswestry aplicado a 26 pacientes de la clínica Fisiomed de Salamanca – España con dolor lumbar crónico, utilizando el coeficiente alfa de Cronbach arrojó un resultado de 0.89 indicando que el test goza de una buena consistencia interna, es decir, los ítems que miden la discapacidad por dolor lumbar son consistentes y homogéneos entre sí.

### 3.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El método de análisis de datos será no paramétricos debido a que no se registró a parámetros pre establecidos y también debido a que la muestra a evaluar no es muy grande.

#### **Prueba estadística**

- Prueba de Rho de Spearman: Debido a que se quiere establecer una relación entre las variables de estudio.

# **CAPÍTULO IV**

## **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

#### 4.1. TABLAS Y GRÁFICAS ESTADÍSTICAS

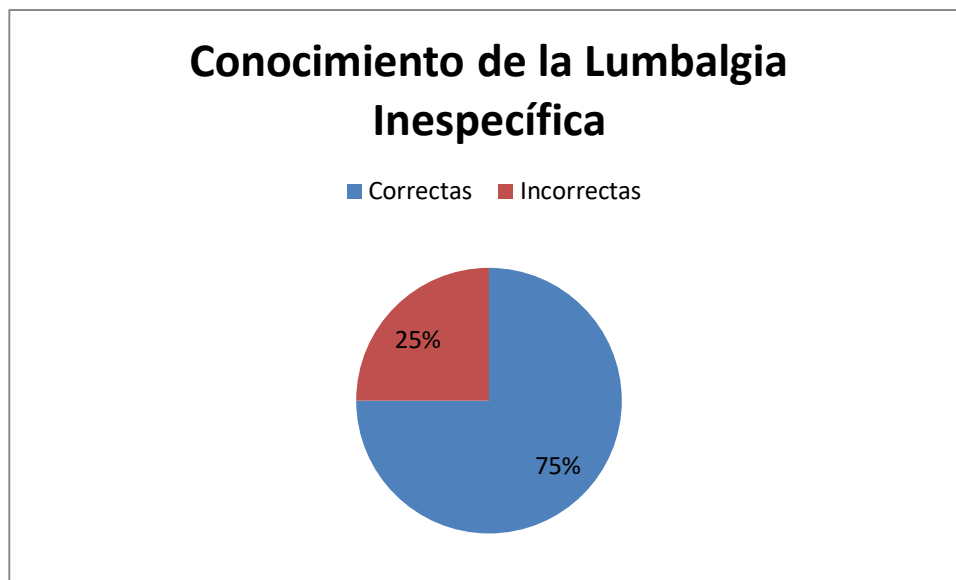
De acuerdo a los objetivos del estudio, se ha utilizado criterios para la presentación e interpretación en los resultados, para la variable del conocimiento de la lumbalgia inespecífica se utilizó los niveles de respuestas correctas e incorrectas. Para la variable de Capacidad Funcional se utilizó los niveles de Incapacidad Mínima, Moderada y Severa y Gran Desventaja y Confinado.

Los resultados se presentan y analizan en las siguientes tablas y gráficos:

**Tabla 3. Variable Conocimiento de la Lumbalgia Inespecífica**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	75	26
Incorrectas	25	9
N	100	35

**Figura 3. Variable Conocimiento de la Lumbalgia Inespecífica**

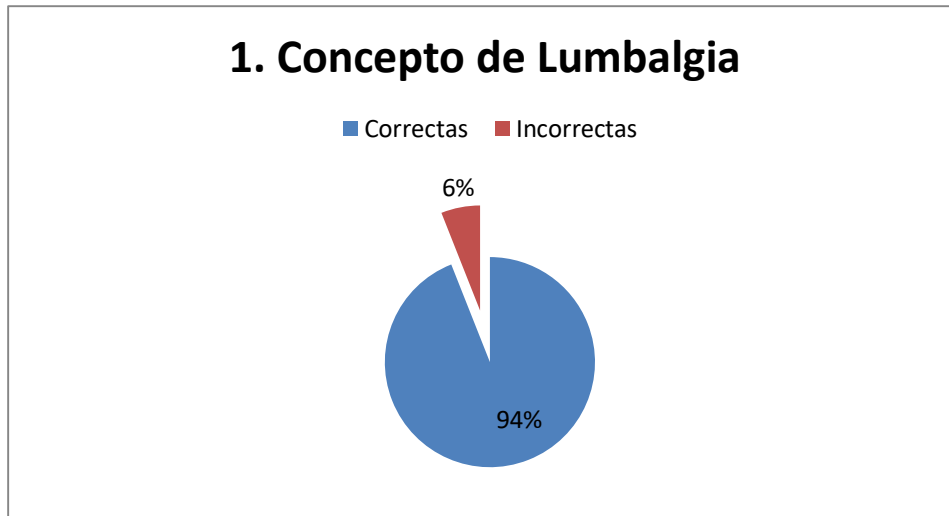


De 35 pacientes 75% de los respondió correctamente y un 25% incorrectamente.

**Tabla 4. Pregunta 1 Concepto de Lumbalgia**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	94	33
Incorrectas	6	2
N	100	35

**Figura 4. Pregunta 1 Concepto de Lumbalgia**

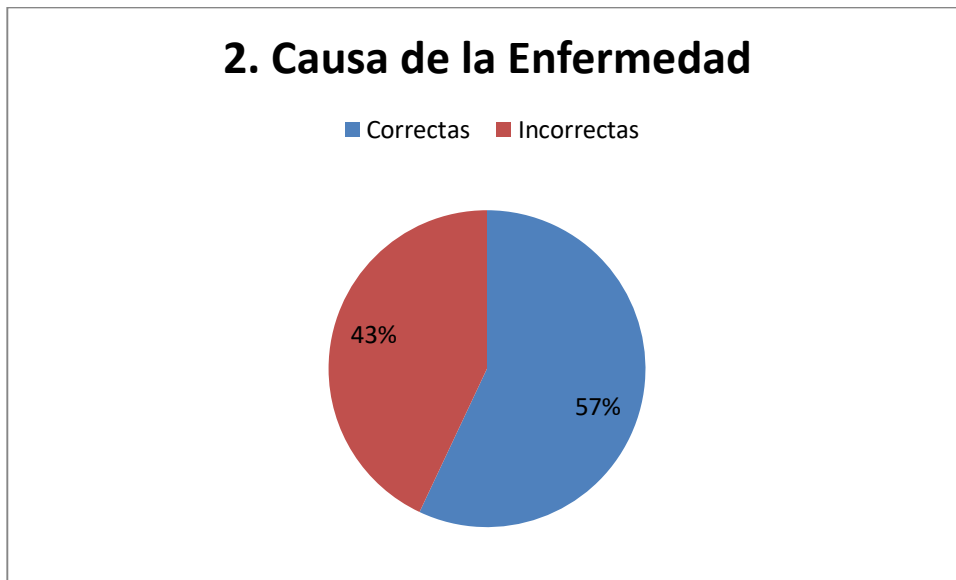


De 35 pacientes 94% conoce el concepto de la lumbalgia y un 6% no.

**Tabla 5. Pregunta 2 Causa de la Enfermedad**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	57	20
Incorrectas	43	15
N	100	35

**Figura 5. Pregunta 2 Causa de la Enfermedad**

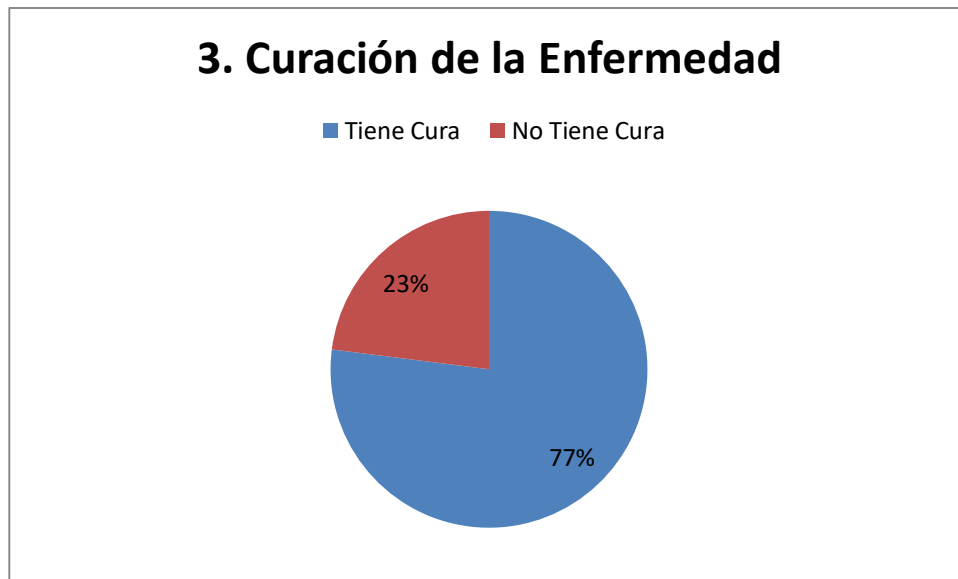


De 35 pacientes 57% conoce la causa de la enfermedad y un 43% no.

**Tabla 6. Pregunta 3 Curación de la Enfermedad**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Tiene Cura	77	27
No Tiene Cura	23	8
N	100	35

**Figura 6. Pregunta 3 Curación de la Enfermedad**

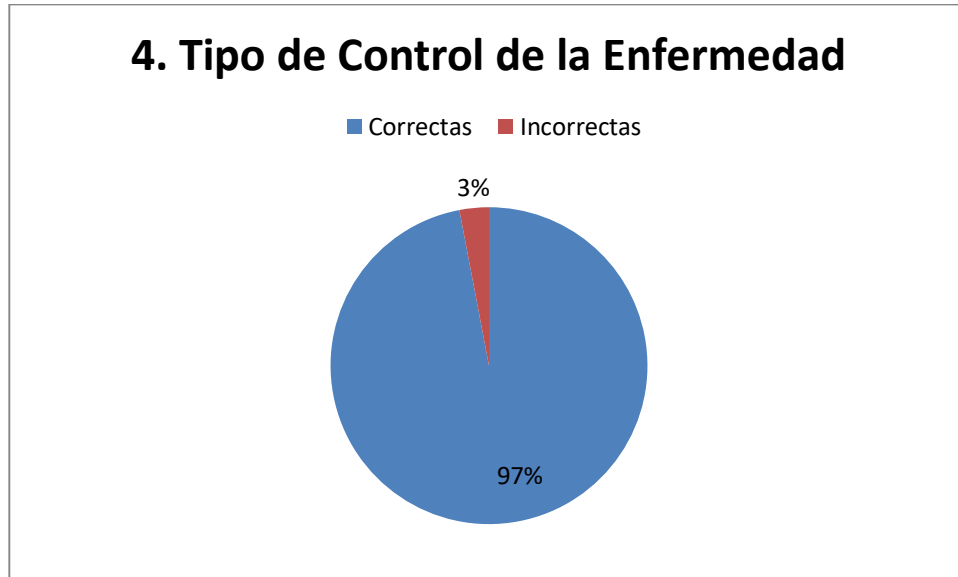


De 35 pacientes 77% de los pacientes respondió que tiene cura y un 23% que no tiene cura.

**Tabla 7. Pregunta 4 Tipo de Control de la Enfermedad**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	97	34
Incorrectas	3	1
N	100	35

**Figura 7. Pregunta 4 Tipo de Control de la Enfermedad**



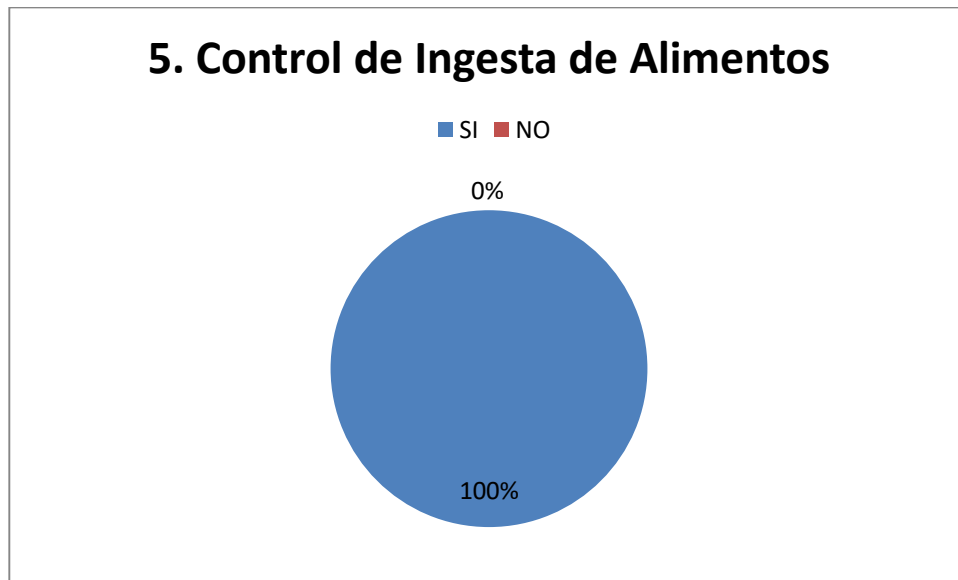
De 35 pacientes 97% conoce el tipo de control de la enfermedad y un 3% no.



**Tabla 8. Pregunta 5 Control de Ingesta de Alimentos**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	100	35
NO	0	0
N	100	35

**Figura 8. Pregunta 5 Control de Ingesta de Alimentos**

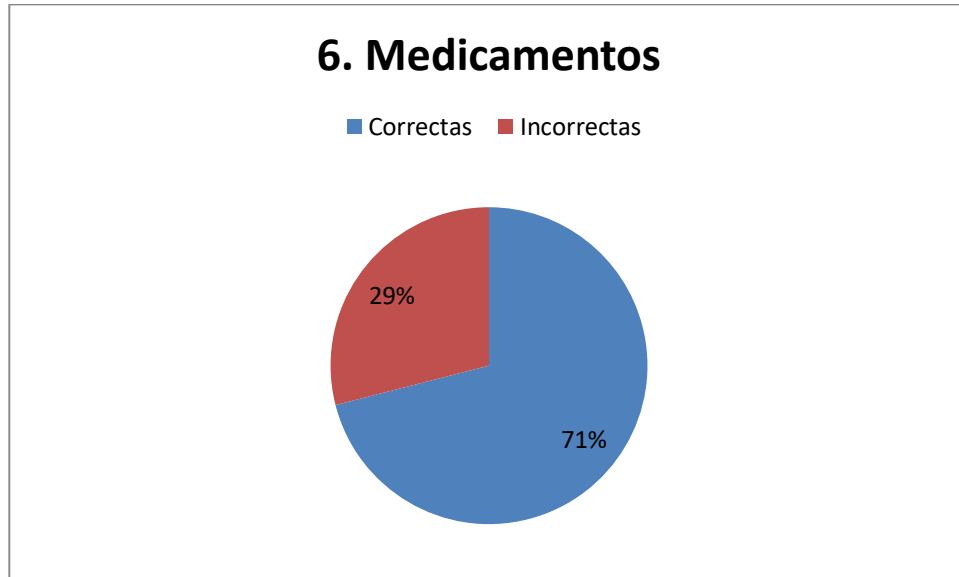


De 35 pacientes 100% conoce que es importante controlar la ingesta de alimentos y un 0% no.

**Tabla 9. Pregunta 6 Medicamentos**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	71	25
Incorrectas	29	10
N	100	35

**Figura 9. Pregunta 6 Medicamentos**

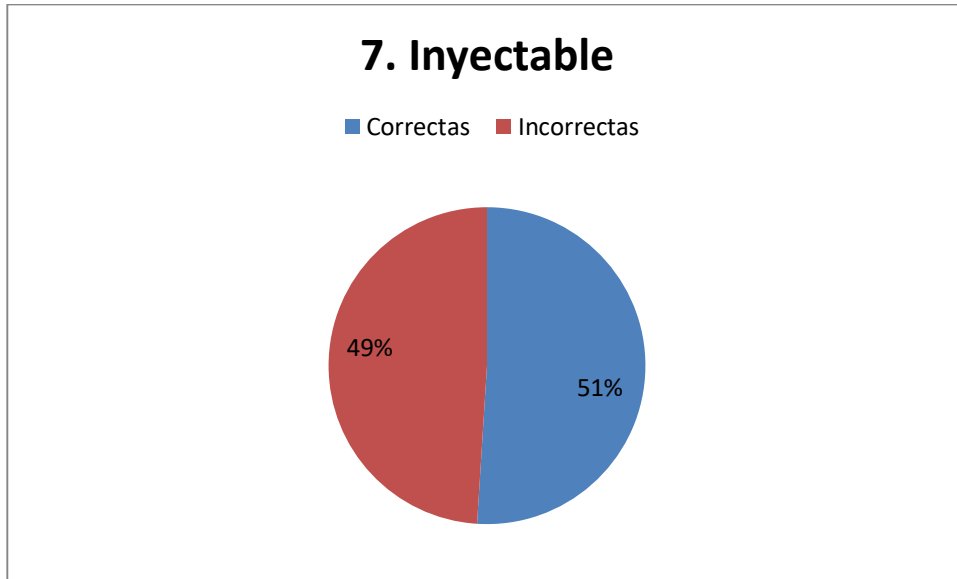


De 35 pacientes 71% conoce que medicamento tomar y un 29% no.

**Tabla 10. Pregunta 7 Inyectables**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	51	18
Incorrectas	49	17
N	100	35

**Figura 10. Pregunta 7 Inyectables**

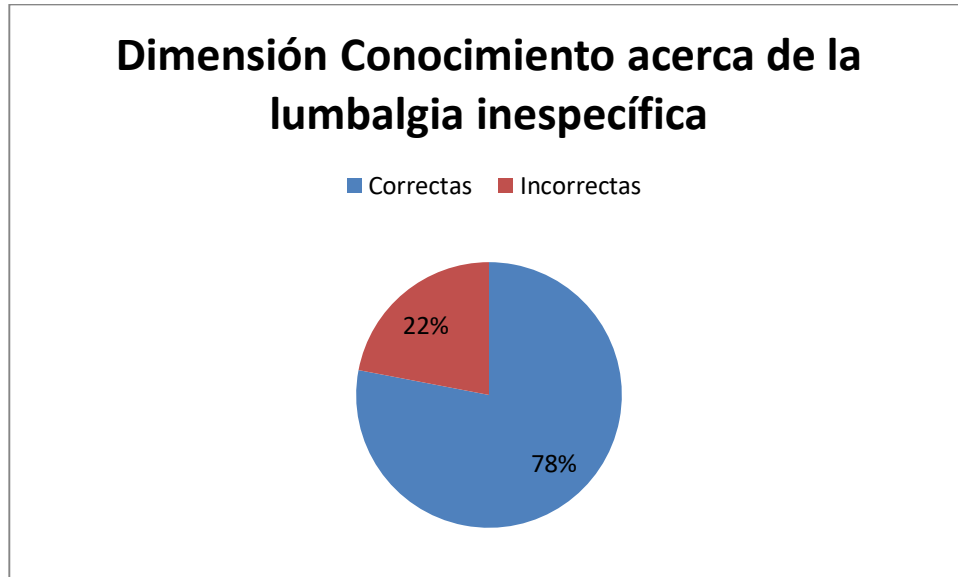


De 35 pacientes un 49% conoce el tipo de inyectable correcto y un 51% no.

**Tabla 11. Dimensión Conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	78	27
Incorrectas	22	8
N	100	35

**Figura 11. Dimensión Conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica**



De 35 pacientes un 78% conocen acerca de la lumbalgia inespecífica y un 22% no.

**Tabla 12. Pregunta 8 Complicaciones**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	100	35
NO	0	0
N	100	35

**Figura 12. Pregunta 8 Complicaciones**

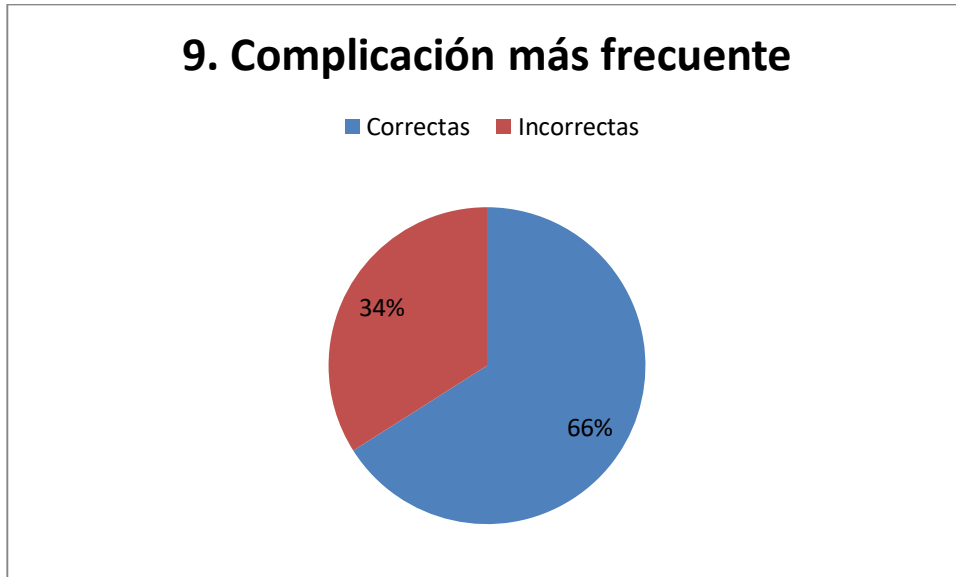


De 35 pacientes un 100% conocen que la lumbalgia inespecífica presenta complicaciones y un 0 %no.

**Tabla 13. Pregunta 9 Complicación más frecuente**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	66	23
Incorrectas	34	12
N	100	35

**Figura 13. Pregunta 9 Complicación más frecuente**

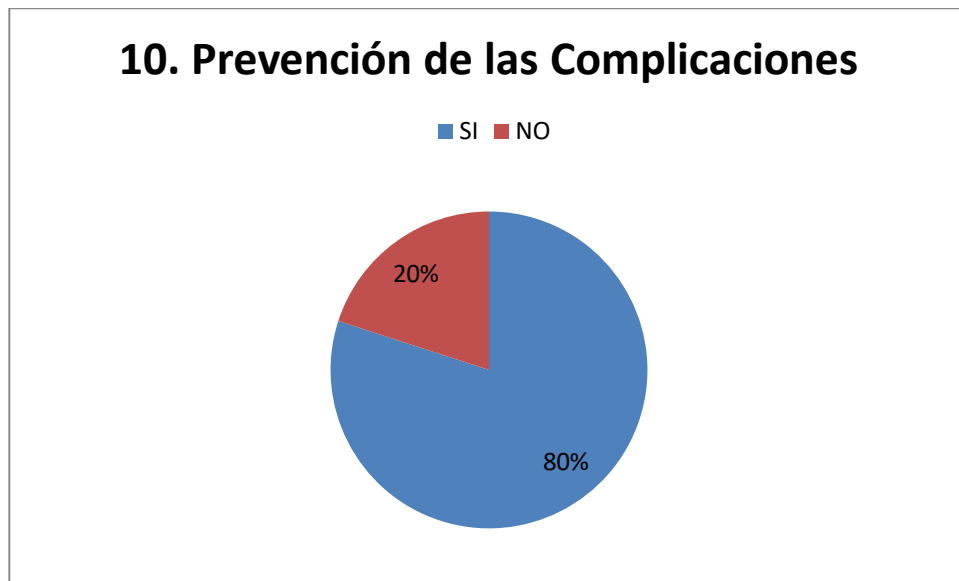


De 35 paciente un 66% conoce la complicación más frecuente y un 34% no.

**Tabla 14. Pregunta 10 Prevención de las Complicaciones**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	80	28
NO	20	7
N	100	35

**Figura 14. Pregunta 10 Prevención de las Complicaciones**

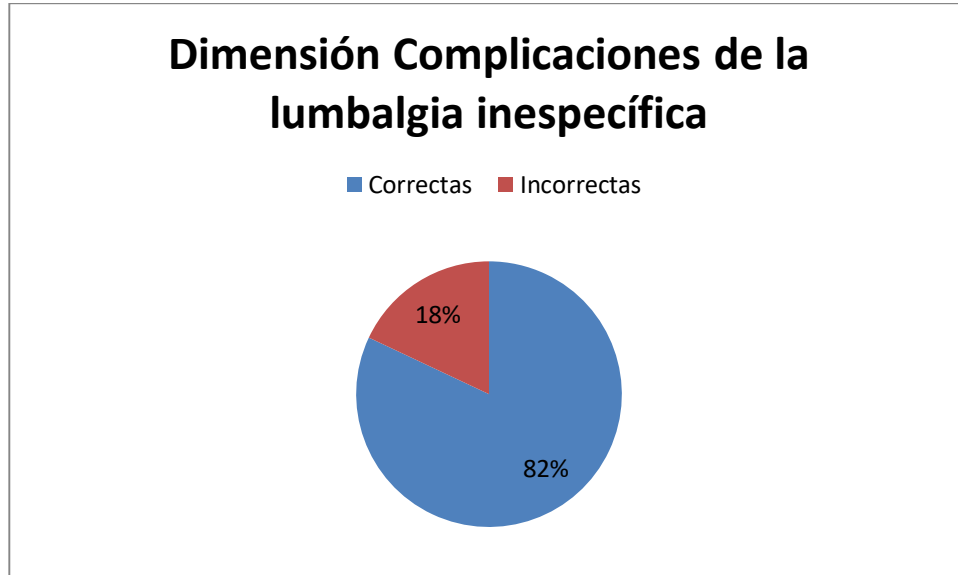


De 35 pacientes un 80% conoce sobre la prevención de las complicaciones de la enfermedad y un 20% no.

**Tabla 15. Dimensión Complicaciones de la lumbalgia inespecífica**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	82	29
Incorrectas	18	6
N	100	35

**Figura 15. Dimensión Complicaciones de la lumbalgia inespecífica**



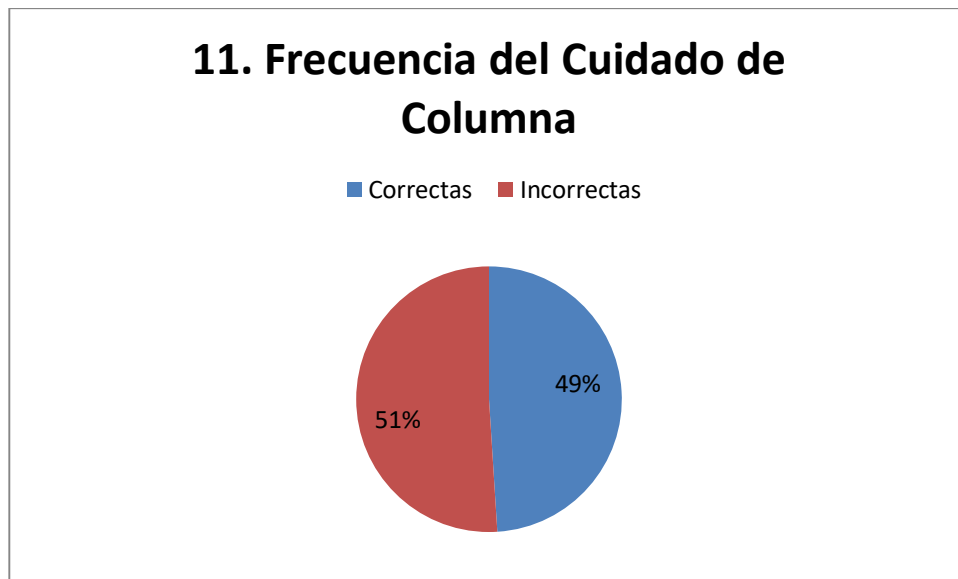
De 35 pacientes un 82% correctamente y un 18% incorrectamente sobre la dimensión complicaciones de lumbalgia inespecífica.



**Tabla 16. Pregunta 11 Frecuencia del cuidado de la Columna**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	49	17
Incorrectas	51	18
N	100	35

**Figura 16. Pregunta 11 Frecuencia del cuidado de la Columna**

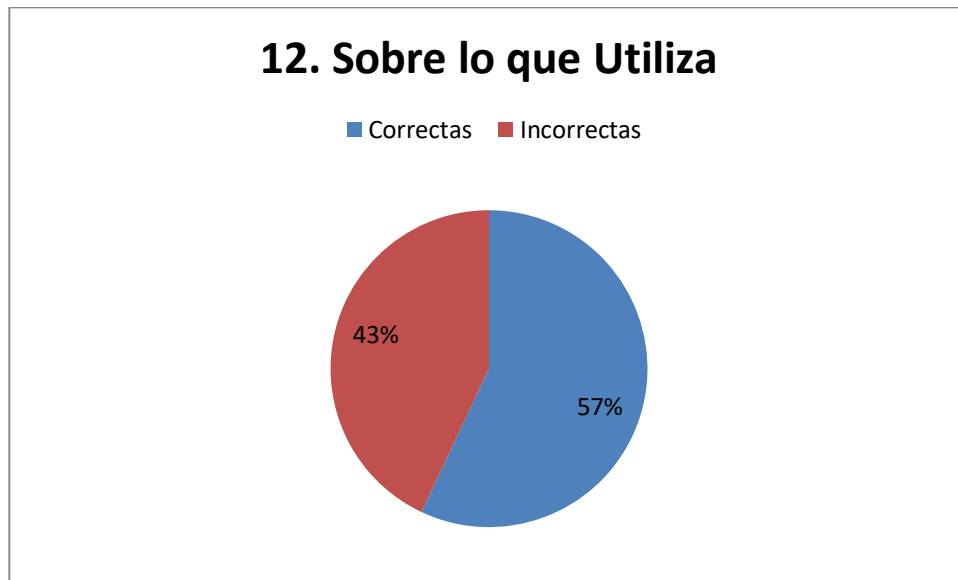


De 35 pacientes un 49% conoce la frecuencia del cuidado de su columna y un 51% no.

**Tabla 17. Pregunta 12 Sobre lo que utiliza**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	57	20
Incorrectas	43	15
N	100	35

**Figura 17. Pregunta 12 Sobre lo que utiliza**

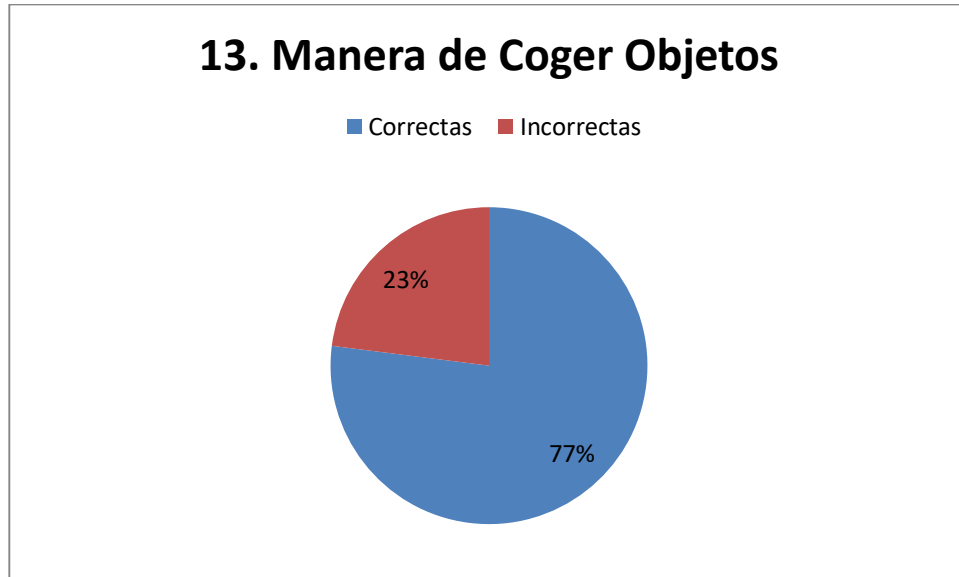


De 35 pacientes un 57% conoce lo que se utiliza para el cuidado y/o mantenimiento de su columna y un 43 no.

**Tabla 18. Pregunta 13 Sobre la manera de coger objetos**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	77	27
Incorrectas	23	8
N	100	35

**Figura 18. Pregunta 13 Sobre la manera de coger objetos**

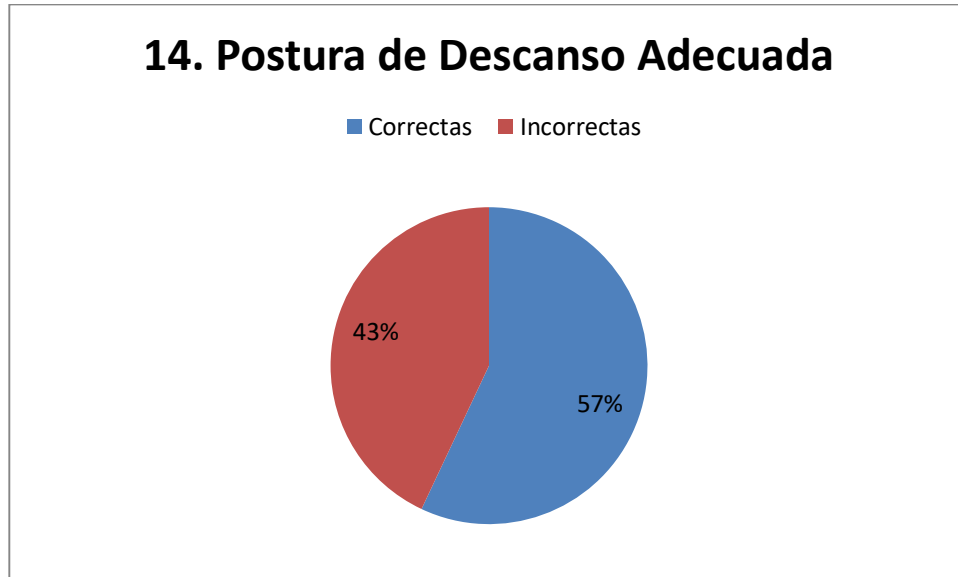


De 35 pacientes un 77% tiene conocimiento sobre la manera en la cual debe de coger los objetos y un 23% no.

**Tabla 19. Pregunta 14 Sobre la postura de descanso adecuada**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	57	20
Incorrectas	43	15
N	100	35

**Figura 19. Pregunta 14 Sobre la postura de descanso adecuada**

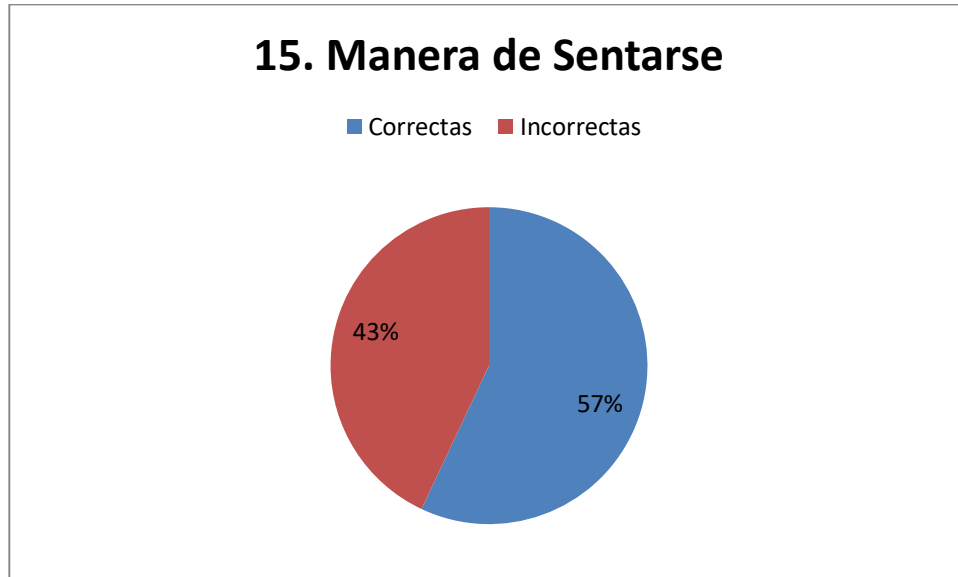


De 35 pacientes un 57% tiene conocimiento sobre la postura de descanso adecuada y un 43% no.

**Tabla 20. Pregunta 15 Sobre la manera de sentarse**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	57	20
Incorrectas	43	15
N	100	35

**Figura 20. Pregunta 15 Sobre la manera de sentarse**

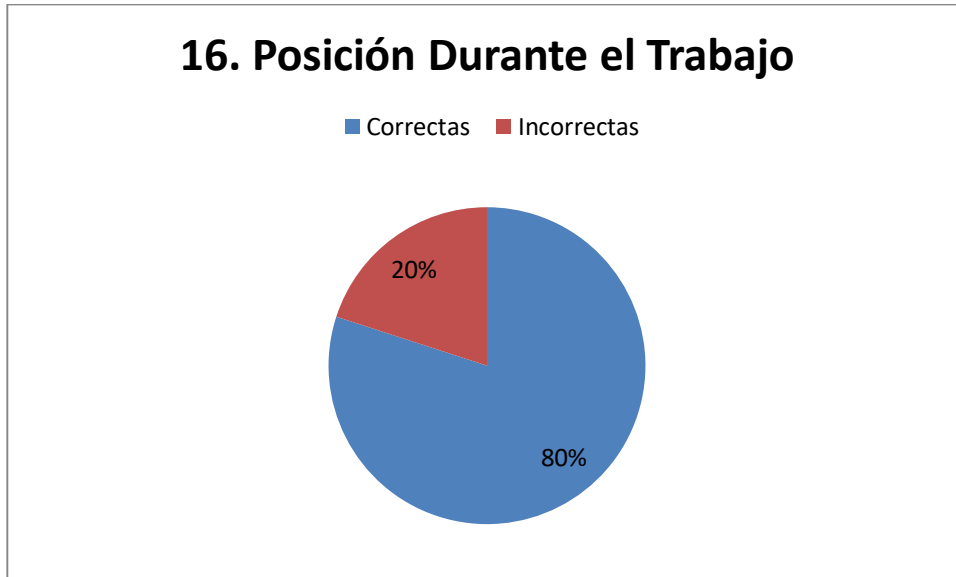


De 35 pacientes un 57% tiene conocimiento sobre la manera adecuada de sentarse y un 43% no.

**Tabla 21. Pregunta 16 Sobre la Posición Durante El trabajo**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	80	28
Incorrectas	20	7
N	100	35

**Figura 21. Pregunta 16 Sobre la Posición Durante El trabajo**



De 35 pacientes un 80% conoce la posición que debe utilizar durante el trabajo y un 20% no.

**Tabla 22. Pregunta 17 sobre la realización de ejercicios**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	94	33
NO	6	2
N	100	35

**Figura 22. Pregunta 17 sobre la realización de ejercicios**

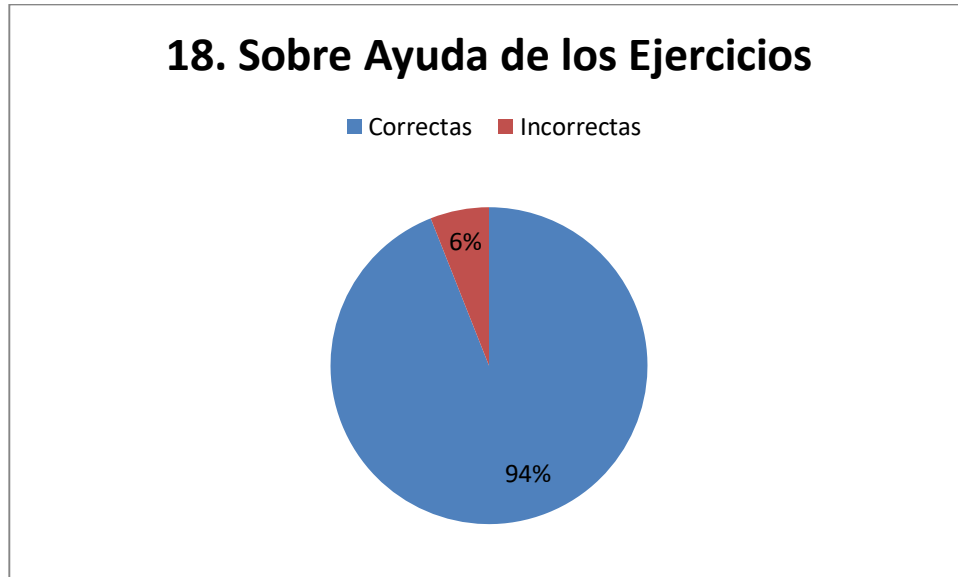


De 35 pacientes un 94% si realiza ejercicios y un 6% no.

**Tabla 23. Pregunta 18 Sobre la ayuda de los ejercicios**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	94	33
Incorrectas	6	2
N	100	35

**Figura 23. Pregunta 18 Sobre la ayuda de los ejercicios**



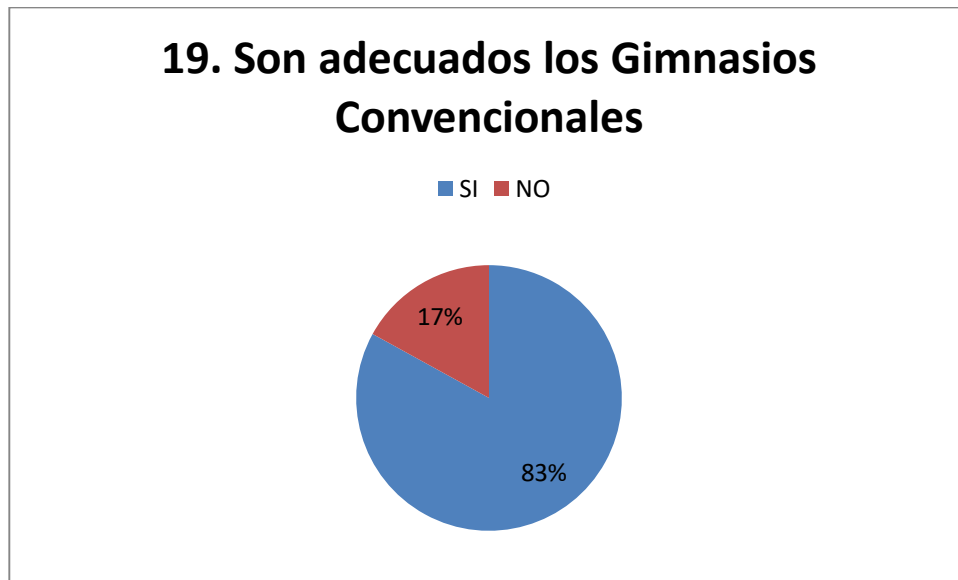
De 35 pacientes un 94% conoce sobre la ayuda de los ejercicios en la recuperación del paciente y un 6% no.



**Tabla 24. Pregunta 19 sobre si Son Adecuados los Gimnasios Convencionales**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	83	29
NO	17	6
N	100	35

**Figura 24. Pregunta 19 sobre si Son Adecuados los Gimnasios Convencionales**

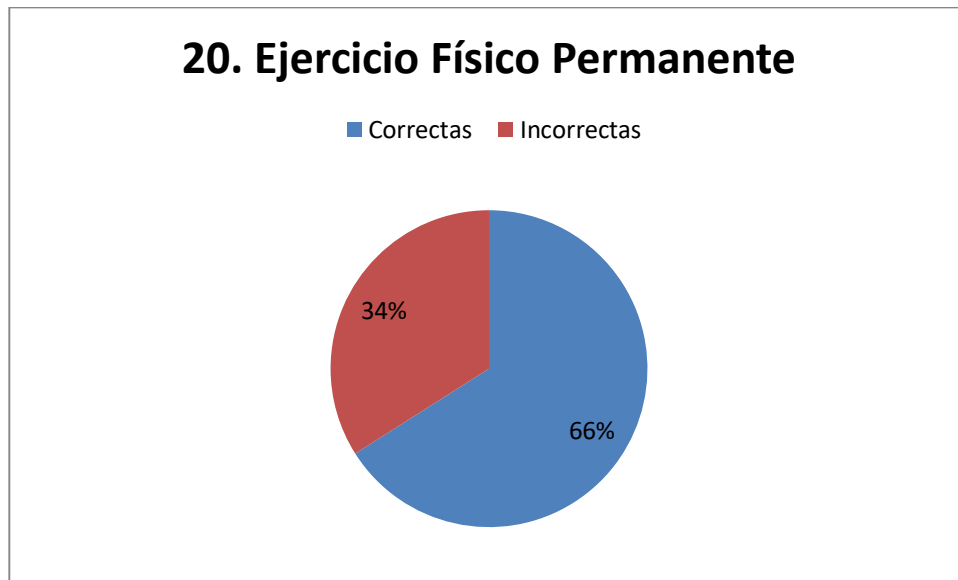


De 35 pacientes un 83% conoce que los gimnasios convencionales son adecuados y un 17% no.

**Tabla 25. Pregunta 20 Sobre el ejercicio físico permanente**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	66	23
Incorrectas	34	12
N	100	35

**Figura 25. Pregunta 20 Sobre el ejercicio físico permanente**



De 35 pacientes un 66% conoce sobre la ayuda del ejercicio físico permanente y un 34% no.

**Tabla 26. Pregunta 21 sobre la rutina de Aeróbicos**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	69	24
NO	31	11
N	100	35

**Figura 26. Pregunta 21 sobre la rutina de Aeróbicos**

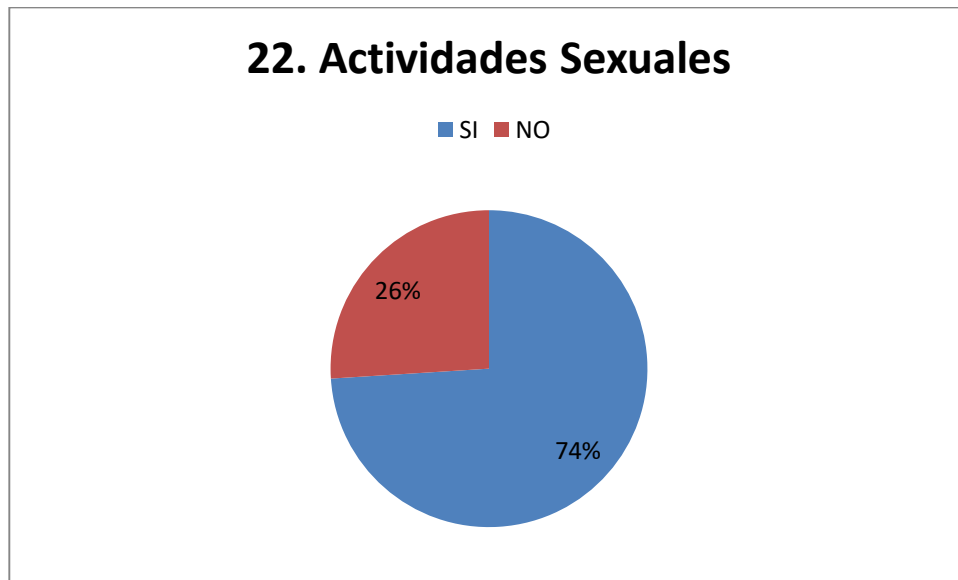


De 35 pacientes un 69% si realiza una rutina de aeróbicos y un 31% no.

**Tabla 27. Pregunta 22 sobre las Actividades Sexuales**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
SI	74	26
NO	26	9
N	100	35

**Figura 27. Pregunta 22 sobre las Actividades Sexuales**

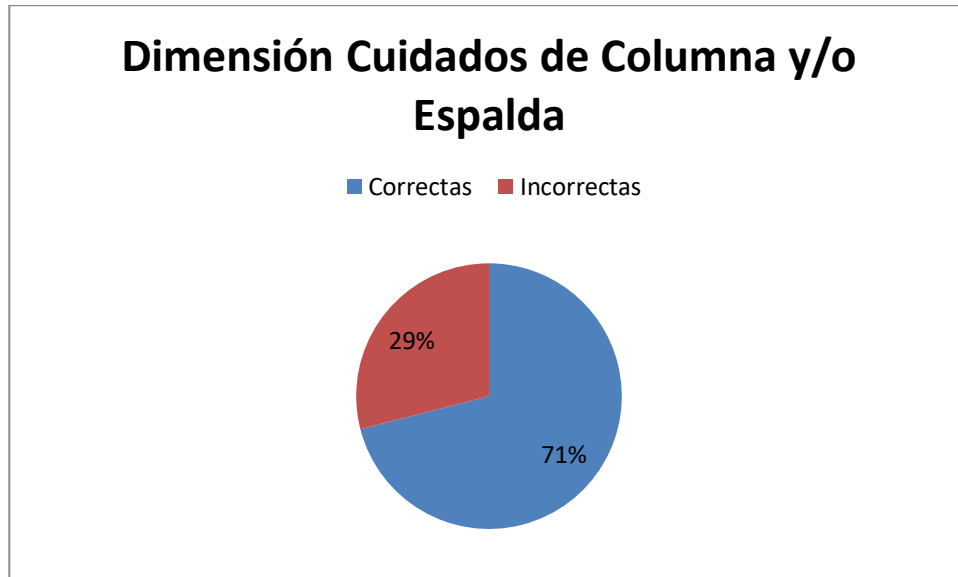


De 35 pacientes un 74% si conoce que se puede realizar actividades sexuales durante la enfermedad y un 26% no.

**Tabla 28. Dimensión cuidados de columna y/o espalda**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Correctas	71	25
Incorrectas	29	10
N	100	35

**Figura 28. Dimensión cuidados de columna y/o espalda**

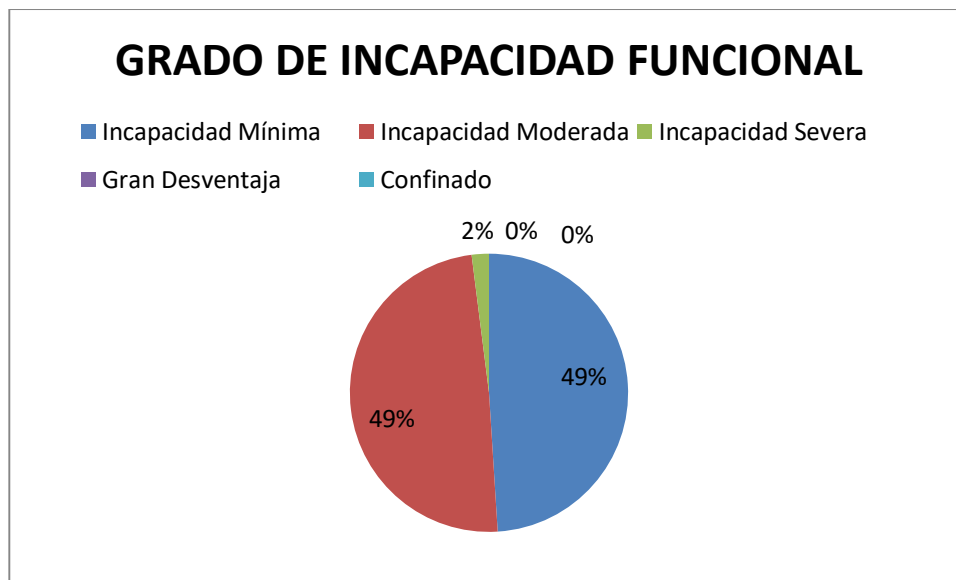


De 35 pacientes un 71% respondió correctamente en la dimensión cuidados de columna y/o espalda y un 29% no.

**Tabla 29. Variable Grado De Incapacidad Funcional**

Nivel	Porcentaje	Frecuencia
Incapacidad Mínima	49	17
Incapacidad Moderada	49	17
Incapacidad Severa	2	1
Gran Desventaja	0	0
Confinado	0	0
N	100	35

**Figura 29. Variable Grado De Incapacidad Funcional**

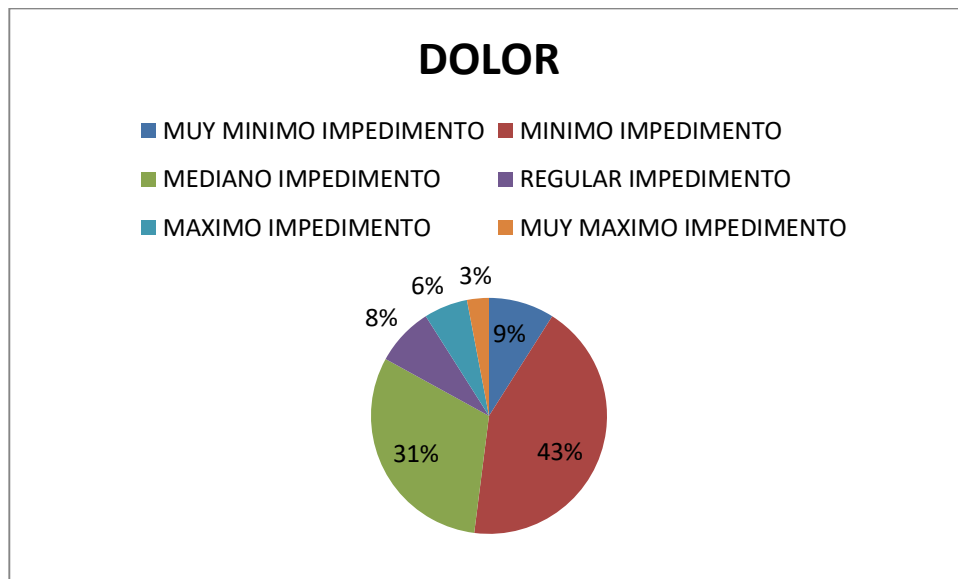


De 35 pacientes un 49% presenta un grado de incapacidad mínima, así como también otro 49% un grado de incapacidad moderada y un 2% un grado de incapacidad severa.

**Tabla 30. Dimensión dolor**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	9	3
MINIMO IMPEDIMENTO	43	15
MEDIANO IMPEDIMENTO	31	11
REGULAR IMPEDIMENTO	8	3
MAXIMO IMPEDIMENTO	6	2
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	3	1
N	100	35

**Figura 30. Dimensión dolor**

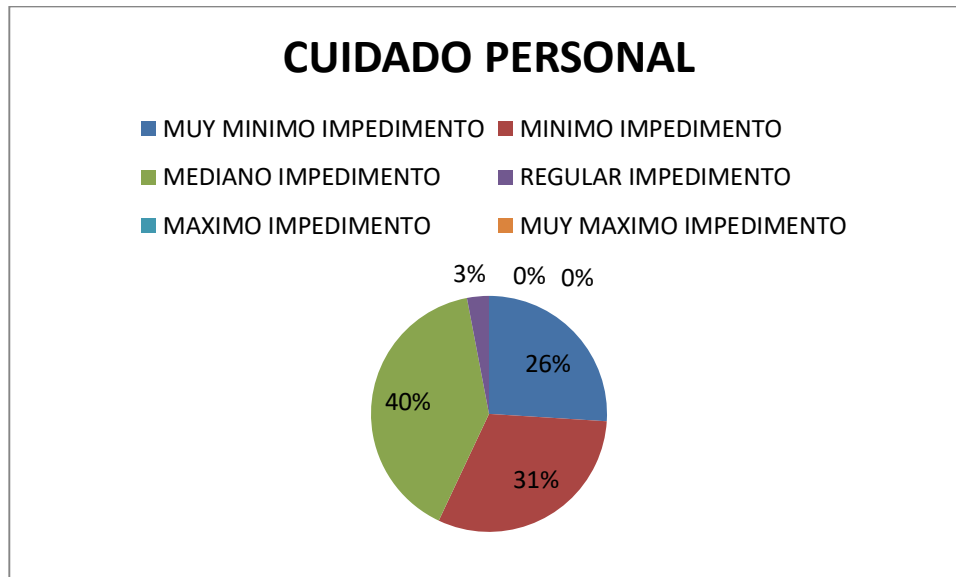


De 35 pacientes un 9% presenta muy mínimo impedimento, un 43% presenta un mínimo impedimento, un 31% un mediano impedimento, un 8% un regular impedimento, un 6% un máximo impedimento y un 3% un muy máximo impedimento en la dimensión dolor.

**Tabla 31. Dimensión cuidado personal**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	26	9
MINIMO IMPEDIMENTO	31	11
MEDIANO IMPEDIMENTO	40	14
REGULAR IMPEDIMENTO	3	1
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 31. Dimensión cuidado personal**



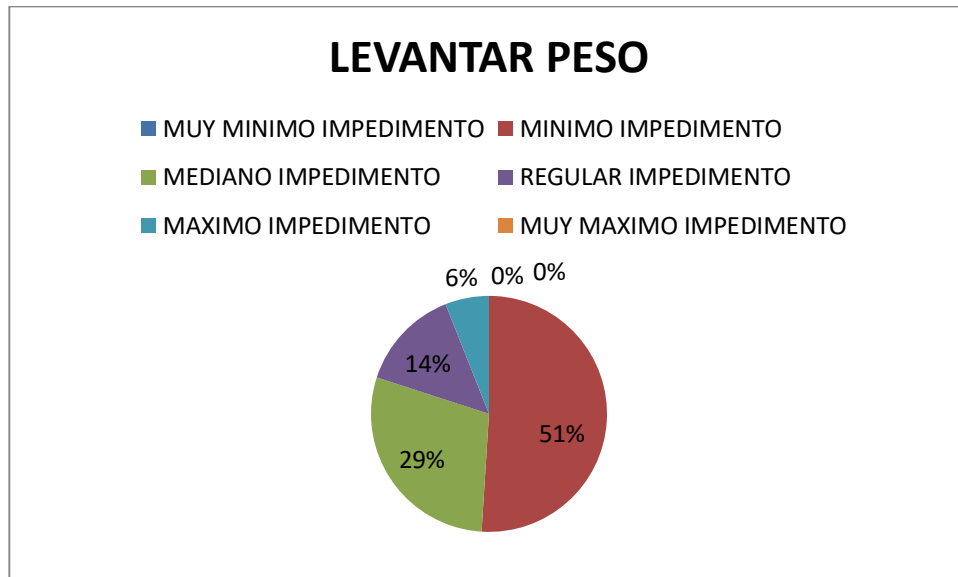
De 35 pacientes un 26% presenta muy mínimo impedimento, un 31% presenta un mínimo impedimento, un 40% un mediano impedimento, y un 3% un regular impedimento en su cuidado personal.



**Tabla 32. Dimensión Levantar Peso**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	0	0
MINIMO IMPEDIMENTO	51	18
MEDIANO IMPEDIMENTO	29	10
REGULAR IMPEDIMENTO	14	5
MAXIMO IMPEDIMENTO	6	2
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 32. Dimensión Levantar Peso**

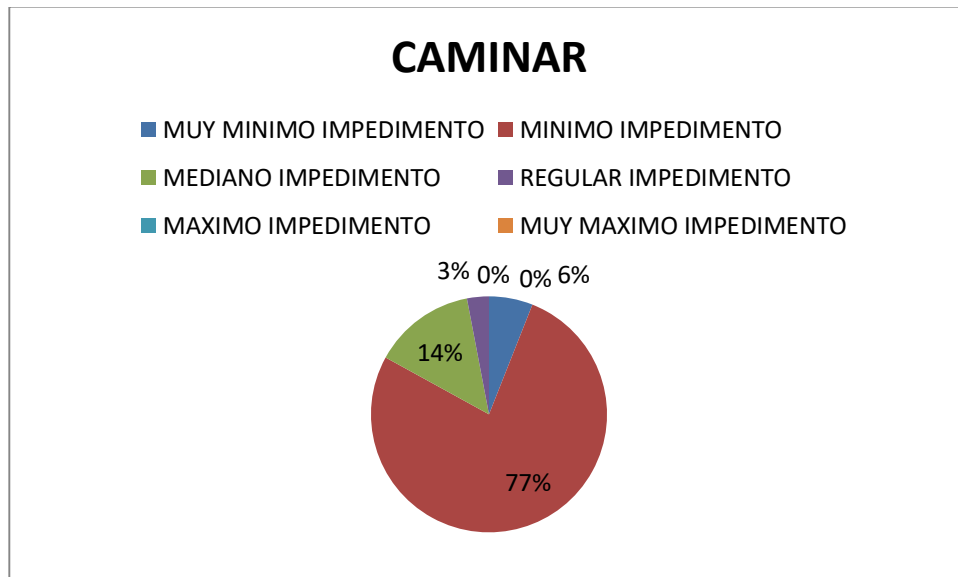


De 35 pacientes un 51% presenta un mínimo impedimento, un 29% un mediano impedimento, un 14% un regular impedimento y un 6% un máximo impedimento al levantar peso.

**Tabla 33. Dimensión Caminar**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	6	2
MINIMO IMPEDIMENTO	77	27
MEDIANO IMPEDIMENTO	14	5
REGULAR IMPEDIMENTO	3	1
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 33. Dimensión Caminar**

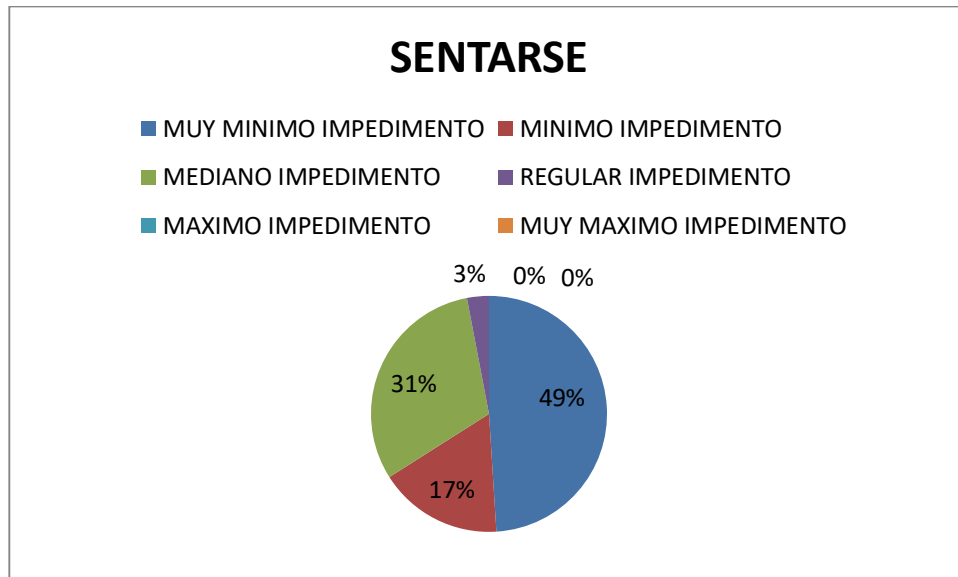


De 35 pacientes un 6% presenta muy mínimo impedimento, un 77% presenta un mínimo impedimento, un 14% un mediano impedimento y un 3% un regular impedimento al caminar.

**Tabla 34. Dimensión Sentarse**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	49	17
MINIMO IMPEDIMENTO	17	6
MEDIANO IMPEDIMENTO	31	11
REGULAR IMPEDIMENTO	3	1
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 34. Dimensión Sentarse**

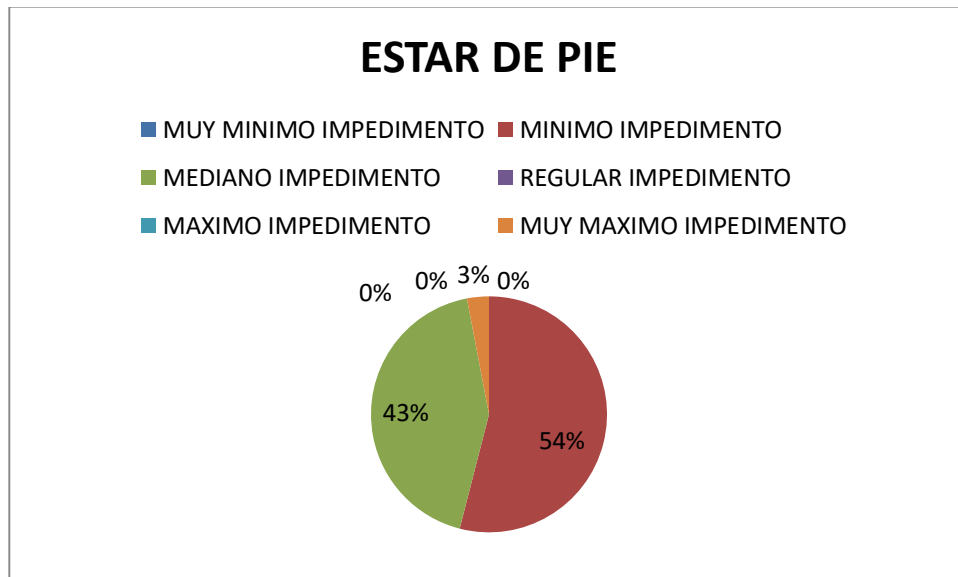


De 35 pacientes un 49% presenta muy mínimo impedimento, un 17% presenta un mínimo impedimento, un 31% un mediano impedimento y un 3 un regular impedimento al sentarse.

**Tabla 35. Dimensión Estar de Pie**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	0	0
MINIMO IMPEDIMENTO	54	19
MEDIANO IMPEDIMENTO	43	15
REGULAR IMPEDIMENTO	0	0
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	3	1
N	100	35

**Figura 35. Dimensión Estar de Pie**

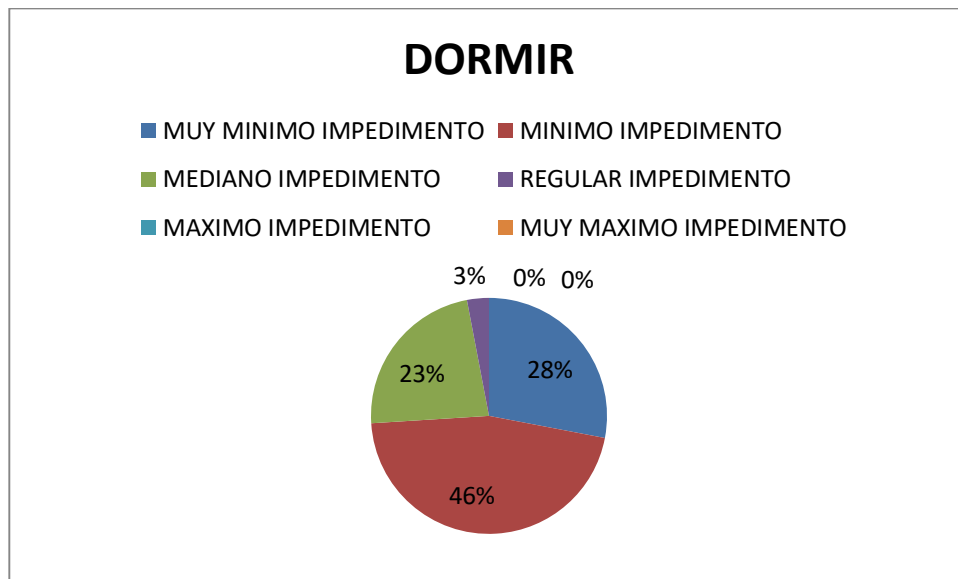


De 35 pacientes un 54% presenta un mínimo impedimento, un 43% un mediano impedimento y un 3% un muy máximo impedimento al estar de pie.

**Tabla 36. Dimensión dormir**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	28	10
MINIMO IMPEDIMENTO	46	16
MEDIANO IMPEDIMENTO	23	8
REGULAR IMPEDIMENTO	3	1
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 36. Dimensión dormir**

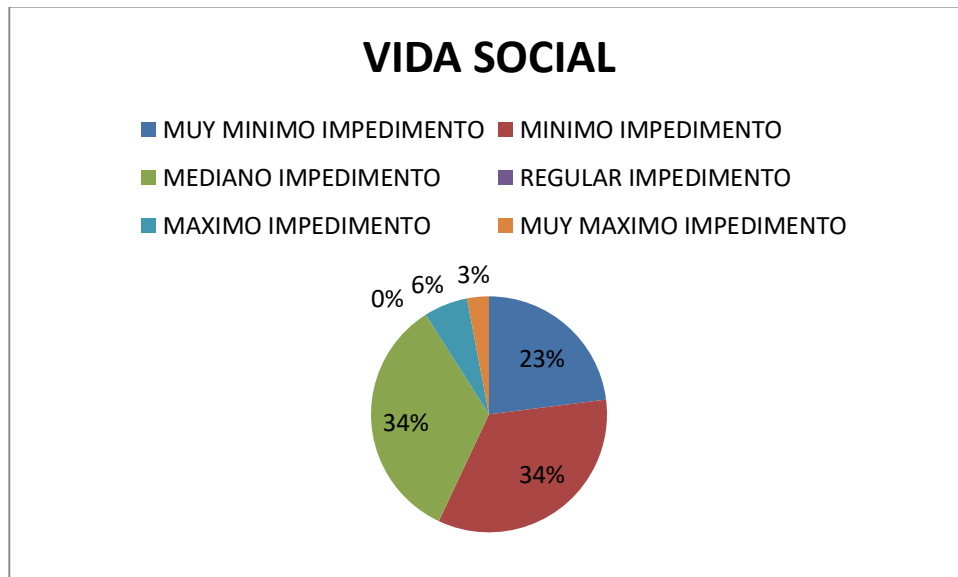


De 35 pacientes un 28% presenta muy mínimo impedimento, un 46% presenta un mínimo impedimento, un 23% un mediano impedimento y un 3% un regular impedimento al dormir.

**Tabla 37. Dimensión Vida Social**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	23	8
MINIMO IMPEDIMENTO	34	12
MEDIANO IMPEDIMENTO	34	12
REGULAR IMPEDIMENTO	0	0
MAXIMO IMPEDIMENTO	6	2
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	3	1
N	100	35

**Figura 37. Dimensión Vida Social**

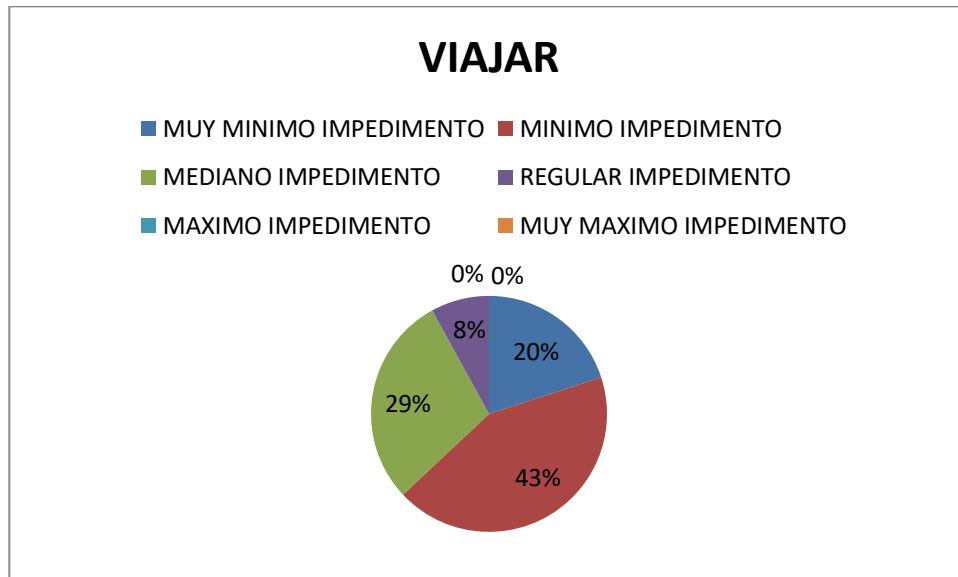


De 35 pacientes un 23% presenta muy mínimo impedimento, un 34% presenta un mínimo impedimento, un 34% un mediano impedimento, un 6% un máximo impedimento y un 3% un muy máximo impedimento en su vida social.

**Tabla 38. Dimensión Viajar**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	20	7
MINIMO IMPEDIMENTO	43	15
MEDIANO IMPEDIMENTO	29	10
REGULAR IMPEDIMENTO	8	3
MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 38. Dimensión Viajar**

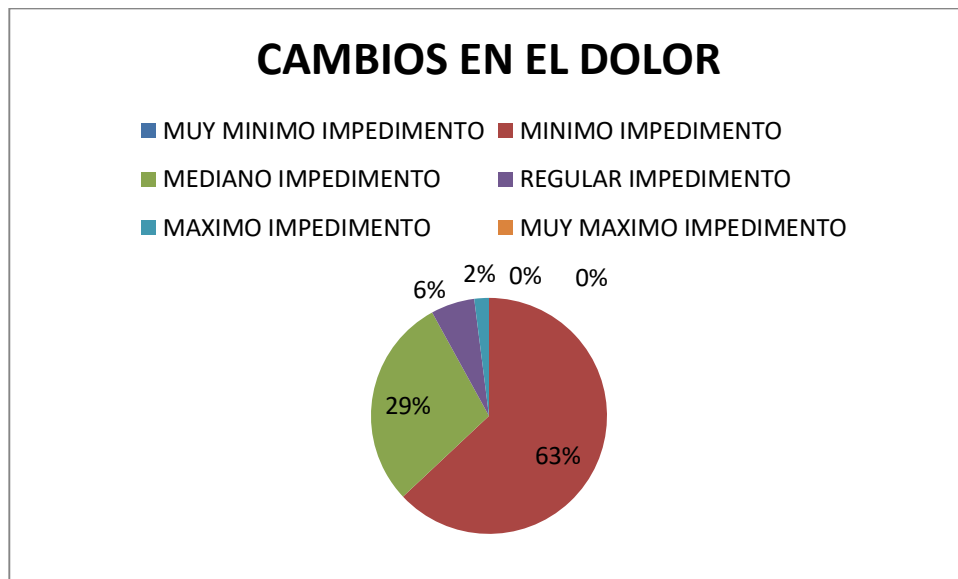


De 35 pacientes un 20% presenta muy mínimo impedimento, un 43% presenta un mínimo impedimento, un 29% un mediano impedimento y un 8% un regular impedimento al viajar.

**Tabla 39. Dimensión Cambios en el Dolor**

NIVEL	Porcentaje	Frecuencia
MUY MINIMO IMPEDIMENTO	0	0
MINIMO IMPEDIMENTO	63	22
MEDIANO IMPEDIMENTO	29	10
REGULAR IMPEDIMENTO	6	2
MAXIMO IMPEDIMENTO	2	1
MUY MAXIMO IMPEDIMENTO	0	0
N	100	35

**Figura 39. Dimensión Cambios en el Dolor**



De 35 pacientes un 63% presenta un mínimo impedimento, un 29% un mediano impedimento, un 6% un regular impedimento y un 2% un máximo impedimento en el cambio de su dolor.



## 4.2. CONTRASTACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Las diferentes puntuaciones que han alcanzado los inventarios, han sido sometidas al estadístico Rho de Spearman, donde se han encontrado datos que se presentan a continuación:

### Hipótesis General:

La hipótesis general fue planteada en el sentido que existía una relación significativa entre las variables el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012. De igual forma, se planteó la hipótesis nula: el conocimiento de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012.

**Tabla 40. Variables conocimiento de la lumbalgia inespecífica y grado de incapacidad funcional**

Conocimiento De La	Grado De Incapacidad Funcional	
	Rho de Spearman	p
Lumbalgia Inespecífica	,754	,000

El resultado de Rho de Spearman = ,754 indica que existe correlación buena entre las variables, por lo tanto, **se acepta la hipótesis general**. Si el paciente tiene conocimiento sobre de la lumbalgia inespecífica el grado de incapacidad será mínimo. El coeficiente p= .000 es significativo al nivel de 0.01

**Primera Hipótesis Específica:**

La primera hipótesis específica fue planteada en el sentido que existía una relación significativa entre la dimensión el conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012. De igual forma, se planteó la hipótesis nula: el conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012.

**Tabla 41. Dimensión conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y variable grado de incapacidad funcional**

<b>Conocimiento Acerca De La Lumbalgia Inespecífica</b>	<b>Grado De Incapacidad Funcional</b>	
	Rho de Spearman	p
	,790	,000

El resultado de Rho de Spearman = ,790 indica que existe correlación buena entre las variables, por lo tanto, **se acepta la primera hipótesis específica**. Si el paciente conoce acerca de la lumbalgia inespecífica el grado de incapacidad será mínimo. El coeficiente  $p = .000$  es significativo al nivel de 0.01

**Segunda Hipótesis Específica:**

La segunda hipótesis específica fue planteada en el sentido que existía una relación significativa entre la dimensión el conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012. De igual forma, se planteó la hipótesis nula: el conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012.

**Tabla 42. Dimensión conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y variable Capacidad Funcional**

<b>Conocimiento</b>	<b>Grado De Incapacidad Funcional</b>	
	Rho de Spearman	p
<b>De Las Complicaciones De La Lumbalgia Inespecífica</b>	,567	,000

El resultado de Rho de Spearman = ,567 indica que existe correlación regular entre las variables, por lo tanto, **se acepta la segunda hipótesis específica**. Si el paciente conoce las complicaciones de la lumbalgia inespecífica el grado de incapacidad será mínimo. El coeficiente p= .000 es significativo al nivel de 0.01

**Tercera Hipótesis Específica:**

La tercera hipótesis específica fue planteada en el sentido que existía una relación significativa entre la dimensión los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012. De igual forma, se planteó la hipótesis nula: el conocimiento de los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012.

**Tabla 43. Dimensión cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y variable Grado de Incapacidad Funcional**

<b>Cuidados Preventivos</b>	<b>Grado De Incapacidad Funcional</b>	
	Rho de Spearman	p
<b>De La Lumbalgia Inespecífica</b>	,705	,000

El resultado de Rho de Spearman = ,705 indica que existe correlación buena entre las variables, por lo tanto, **se acepta la tercera hipótesis específica**. Si el paciente conoce los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica el grado de incapacidad será mínimo. El coeficiente p= .000 es significativo al nivel de 0.01

### **4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Tal como sean obtenido y analizados los resultados en los acápite anteriores, vamos a interpretarlos a partir de las preguntas formuladas, los objetivos propuestos y las hipótesis planteadas:

Con los estudios de Grimaldi, (2010), después de nueve meses de tratamiento, los usuarios mejoran su calidad de vida, siendo estadísticamente significativa en el componente sumatorio físico (CSF) y en las dimensiones función física, dolor corporal, salud general y función social. Con nuestro protocolo PAFMA, se ha producido una disminución significativa del índice de incapacidad en la muestra, pasando como señala la valoración clínica de incapacidad moderada en el inicio del programa, a incapacidad mínima después del programa. Que así mismo se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre variables de calidad de vida, algias de espalda e índice de incapacidad al final de la intervención. El PAFMA es un excelente instrumento preventivo, dirigido a sujetos con algias en el dorso del tronco, presentándose así como una medida útil para prevenir las futuras algias crónicas. Este trabajo es de evidente aporte con nuestro resultado general de ,754 que indica que existe correlación buena entre las variables, por lo tanto, se acepta la hipótesis general y se afirma que si el paciente tiene conocimiento sobre la lumbalgia inespecífica el grado de incapacidad será mínimo. en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012, cuyo efecto es grande debido al valor obtenido en la V de Cramer.

En cuanto a la investigación de Monroy, (2011), que tiene como objetivo analizar el tratamiento integral del síndrome de espalda baja dolorosa en un programa de escuela de columna del hospital Roosevelt. Concluyó que aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos presentó un síndrome postural y la mayoría de estos presentó dolor tipo crónico. Los resultados de los 3 test con prueba estadística t student pareada de antes y después evidenciaron que el tratamiento disminuye el dolor. El tratamiento fue multidisciplinario y efectivo en la mayoría de los pacientes que lo recibieron. Esta investigación nos permite ahondar con

nuestro resultado de las dos primeras hipótesis específicas, ya que con un resultado de ,790 se afirma que existe una relación significativa entre las variables, es decir, se acepta la primera hipótesis específica, si el paciente tiene conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica su grado de incapacidad funcional será mínimo, así como también se acepta la segunda hipótesis específica basada en el resultado de ,567 el paciente tiene conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica por lo tanto su grado de incapacidad también es mínimo.

En los estudios de Gamarra, (2001), cuyo propósito es establecer un protocolo de tratamiento kinesioterapéutico alternativo para el alivio del dolor lumbar subagudo de origen mecánico mediante la terapia de flexión y extensión del raquis. Al inicio del tratamiento todos los pacientes respondieron un cuestionario de entrada sobre datos somatométricos, socioculturales y condicionantes y además recibieron una hoja con recomendaciones escritas de acuerdo a su grupo de tratamiento. Todos los pacientes tuvieron tres sesiones de tratamiento por semana durante dos semanas. En la primera sesión se evaluó el dolor, movilidad lumbar, grado de incapacidad, capacidad muscular funcional y fuerza muscular grupal. A la sexta sesión se evaluaron los mismos parámetros y se hizo una comparación entre la primera y la sexta sesión. Al cabo de seis sesiones o dos semanas de tratamiento los pacientes del Grupo "B" o Experimental respondieron favorablemente al tratamiento en comparación con el Grupo Control y el grupo Placebo resultando significativo en dos de los parámetros estudiados: Grado de dolor y grado de incapacidad. Estos resultados se relacionan con el de ,754 de la hipótesis general afirmando así que si el paciente conoce sobre la lumbalgia inespecífica su grado de incapacidad será mínimo.

En la investigación de Ruiz, (1997), el estudio de investigación nace de haber observado que en la mayoría de pacientes con lumbalgia que se hospitalizaban, lo hacían por presentar complicaciones como Lumbociáticas, Lumbocruralgias y Hernia del núcleo pulposo hasta llegar a la limitación funcional, generalmente

sucedían en aquellos pacientes que no tenían conocimiento de la enfermedad que padecen o que eran irresponsables en su tratamiento o desconocían los cuidados que deberían tener con su columna. Motivo por el cual, se vio la importancia del profesional fisioterapeuta en la educación del paciente con lumbalgia. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario y lista de chequeo, test, fichas de evaluación, lo cual permitió los conocimientos que tienen los pacientes, de la enfermedad, sus complicaciones y los cuidados a tener con la columna todo esto identificado antes de la enseñanza respectiva, se comprobó la efectividad a través de los resultado óptimos logrados. En esta investigación hacemos énfasis en el resultado de nuestra tercera hipótesis específica de ,705 que afirma que si el paciente conoce sobre los cuidados preventivos de su columna su grado de incapacidad será mínimo.

## CONCLUSIONES

Terminada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

**PRIMERA:** sostenida en el objetivo general y la pregunta principal, donde se encontró que existe una relación entre las variables conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional, llegando a obtener de acuerdo a los resultados una relación buena en los pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del año 2012. Esto debido a que a medida que el paciente se instruya acerca del problema que padece mejorará su calidad de vida y su desempeño en las actividades que realiza será mucho mejor.

**SEGUNDA:** sostenida en el primer objetivo específico y la primera pregunta secundaria, donde se encontró que existe una relación entre la dimensión conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional, llegando a obtener de acuerdo a los resultados una relación buena en los pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del año 2012. Esto debido a que el informarse acerca de las causas, las características, la medicación le permitirá al paciente tener un control adecuado acerca de los alimentos y medicamentos que debe ingerir para no afectar su capacidad funcional.

**TERCERA:** sostenida en el segundo objetivo específico y la segunda pregunta secundaria, donde se encontró que existe una relación significativa entre la dimensión conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional, llegando a obtener de acuerdo a los resultados una relación buena en los pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara



Irigoyen del año 2012; ya que si se conoce acerca de lo que puede complicar el problema será mejor abstenerse de ellos para no recidivar y así mejorar su calidad de vida.

**CUARTA:** sostenida en el tercer objetivo específico y la tercera pregunta secundaria, donde se encontró que existe una relación entre la dimensión cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional, llegando a obtener de acuerdo a los resultados una relación buena en los pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del año 2012; ya que si se conoce sobre lo que debo hacer para no incrementar el dolor lumbar se mejorará el desempeño en las actividades a realizar disminuyendo así su grado de incapacidad funcional.

## **RECOMENDACIONES**

- a.** Estimular en la institución de salud los estudios de investigación relacionados con la lumbalgia inespecífica y la capacidad funcional.
- b.** Promover el diseño y ejecución de charlas de orientación sobre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y su relación con el grado de incapacidad funcional.
- c.** Motivar a nuestros pacientes en tener un mejor conocimiento sobre su enfermedad de modo que mejore su calidad de vida.
- d.** Fomentar la investigación en los profesionales de la salud que laboran en los diversos hospitales, centros médicos, postas, etc., de modo que se construyan nuevos paradigmas para el tratamiento de las diversas enfermedades que padecen los pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Grimaldi Puyana Moises, 2010, Efectos de un programa de actividad física en el medio acuático, aplicado a personas con algias en el dorso del tronco, facultad de medicina departamento de anatomía y embriología humana, doctorado, España.
2. González Rocabado Roberto Alfonso, Keglevic Román Vilma Ivania, 2004, Análisis del centro de presión en posturografía en pacientes con síndrome de dolor lumbar crónico, facultad de medicina escuela de kinesiología, licenciatura, Chile.
3. Monroy Peralta Jorge Luís, 2011, Evaluación del tratamiento integral del síndrome de espalda baja dolorosa en un programa de escuela de columna, facultad de ciencias médicas, licenciatura, Guatemala.
4. Díaz Gutiérrez Lizani et al. (2006), Evaluación funcional e isocinética en pacientes con lumbalgia mecanopostural, México.
5. Carrasco Carlos Mónica Yannet, Valenzuela Gil Milagros, 2011, Efectividad del ultrasonido terapéutico para la disminución del dolor en la lumbalgia mecánica crónica en el hospital nacional dos de mayo, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica.
6. Chuquitucto Sánchez Maritza Soledad, Sánchez Medina Jeimmy, 2002, Influencia del programa kinesioterapéutico en la lumbalgia mecánica con hiperlordosis en los estibadores del mercado mayorista n°1 Lima mayo – julio 2002, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica.
7. Galli Garibaldi Max Neil, 1999, Eficacia de la terapia mediante movilizaciones pasivas en el tratamiento del dolor lumbar sub agudo de origen mecánico realizado en el hospital central de la Policía Nacional Del Perú Lima 1999, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica.
8. Marcos Gamarra Cesar Alfredo, 2001, Terapia de flexión y extensión en el tratamiento del dolor lumbar de origen mecánico, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica.

9. Ruiz Cueto Jeannette Delma, 1997, Medidas preventivas que brinda el fisioterapeuta al paciente con lumbalgia Hospital Central de Aeronáutica Juan Benavides Dorich distrito de Miraflores 1996 – 1997, facultad de medicina escuela académico profesional de tecnología médica.
10. Sabino, Carlos, El proceso de investigación, Ed. Panapo, Caracas, 1992.
11. Posadas R. Gregorio, La Definición Tripartita del Conocimiento, Revista de Ciencias Humanas – UTP n° 3, Enero – Julio del 2005.
12. Cascales Raquel, Artículo sobre conocimiento objetivo.
13. Kant Immanuel, Crítica De La Razón Pura.
14. Miralles RC, Fenoll RM a. Anatomía y biomecánica de la columna vertebral. Medicina integral 1990; 16 (10): 438 – 40.
15. Miralles Rodrigo C. “Biomecánica clínica del aparato locomotor”. Segunda edición Editorial Masson S. A. 1998. Pág. 188 – 189; 193
16. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Fernández C and the Spanish Back Pain Research Network. The transition from acute to sub acute and chronic low back pain. A study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. Spine 2005; 30(15):1786-1792.
17. Cailliet René, “Lumbalgia”. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno México D.F. 1987. Pág. 1-2; 41-50.
18. Deyo RA, Rainville J, Kent DL What can the history and physical examination tell us about low back pain? Jama 1992; 286(6): 760-5.
19. Deyo RA. Plain roentgenography for low-back pain. Finding needles in a haystack. Arch 1989
20. Florez MT, García-F, Valverde-MD, Conejero-JA. Correlaciones clínico-radiológicas en el dolor vertebral. Rehabilitación (Madr) 1992; 26: 256-268.
21. Van Tulder MW, Scholten RJPM, Koes BW, Deyo RA. Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) for non-specific low back pain (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
22. Waddel G, Feder G, McIntosh A, Lewis M, Hutchinson A. Low Back Pain Evidence Review. 1996 London: Royal College of General Practitioners.

23. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerlake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *Br Med J* 2001; 322: 400-5.
24. De Craen AJM, Di Giulio G, Lampe-Schoenmaeckers AJEM, Kessels AGH, Kleijnen J. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Br Med J* 1996; 313: 321-325.
25. Weinstein J, Tosteson A, Lurie J, Hanscom B, Skinner J, Abdu W et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation, The spine patient outcomes research trial (SPORT) A randomized trial. *JAMA* 2006; 296 :2441-2450
26. Heneweer H, Aufdemkae G, Van Tulder MW, Kiers H., Stapeierts KH, Vanhees L. Psychosocial variables' in patients with sub(acute) low back pain an inception cohort in primary care physical therapy in the Netherlands. *Spine* 2007; 32 (5): 586-92.
27. Deyo RA. Low back pain. In: Max-M; Portenoy-R; Laska-E eds. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1991:291-303.(referencia a)
28. Lehmann-TR; Spratt-KF; Lehmann-KK. Predicting long term disability in low back pain injured workers presenting to a spine consultant. *Spine*, 1993, 18(8):1103-12.
29. Lilius-G; Laasonen-EM; Myllynen-P et al. Lumbar facet joint syndrome significance of nonorganic signs. A randomized placebo-controlled clinical study. *Rev.Chris.Orthop*. 1989; 75 (7): 493-500.
30. Fredickson-BE; Trief-PM; Vanbeveren-P et al. Rehabilitation of the patient with chronic low back pain. A search for outcomes predictors. *Spine* 13:351-353; 1988.
31. *Rev. Esp. Salud Pública*, Mar./Abr. 1997, vol.71, no.2, p.161-171. ISSN 1135-5727

32. Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar, Metodología de la investigación, 1era. ed., México: McGraw Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.; 1991.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Consentimiento Informado

Solicito su consentimiento para el presente estudio “Influencia del conocimiento de la lumbalgia inespecífica en la capacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012”

Firmado: Luis Chirinos La Cotera  
DNI: 70439654  
CEL: 987956588

### Consentimiento:

Yo Sr/ Sra.: ----- mayor de edad, he sido informado/a y he comprendido qué es, cómo se realiza y para qué sirve el estudio de la Influencia del conocimiento de la lumbalgia inespecífica en la capacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – 2012. También me han explicado las posibles molestias que pueden existir y cuál es el procedimiento más adecuado para este estudio.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para la señor Bachiller Luis Chirinos La Cotera me realice los cuestionarios correspondientes al estudio.

Firmado:

-----  
Nombre y Apellidos y DNI  
Lima 2012



## ANEXO II

### Cuestionario Sobre Conocimiento de la Lumbalgia Elaborado Por Ruiz Cueto Jeannette Delma

Edad:

Sexo:

Nombre:

DNI:

#### INTRODUCCION

El presente cuestionario ha sido elaborado con el objetivo de identificar los conocimientos que usted tiene de su enfermedad y en especial que cuidados conoce o aplica para evitar complicaciones de la misma.

#### CONTENIDO

A. Conocimiento que tiene el paciente acerca de la lumbalgia. Marque con una "X" la respuesta que Ud. Considere correcta.

1. La lumbalgia es una enfermedad que se caracteriza por :
  - a. ( ) Disminución de la fuerza muscular en columna.
  - b. ( ) Presentar dolor en inflamación en la región lumbar.
  - c. ( ) Dolor en los riñones.
  - d. ( ) Ninguna de las anteriores.
2. La causa principal para adquirir esta enfermedad es :
  - a. ( ) Por hernia
  - b. ( ) Por brujería
  - c. ( ) por trabajar mucho
  - d. ( ) Cargar peso en forma inadecuada, hernia, trauma , etc.
  - e. ( ) Otros
  - f. ( ) Desconoce su causa
3. Considera Ud. que la lumbalgia es una enfermedad que tiene curación.
  - a. ( ) Si.
  - b. ( ) No
4. Para controlar la enfermedad , el paciente debe:

- a. ( ) Reposar en forma absoluta en cama.
  - b. ( ) Seguir las indicaciones de los especialistas.
  - c. ( ) Disminuir la ingesta
  - d. ( ) Ninguna de las anteriores.
5. Es importante que el paciente controle su ingesta de alimentos para evitar sobrepeso.
- a. ( ) Si.
  - b. ( ) No.
6. Conoce y / o elija medicamentos que Ud. Conoce para el tratamiento de la lumbalgia.
- a. ( ) Buscapina, Aspirina.
  - b. ( ) Tramal, Panadol.
  - c. ( ) Diclofenaco / Voltaren, Norflex.
  - d. ( ) No conoce.
7. Marque con una "X" el tratamiento inyectable que conoce.
- a. ( ) Tramal.
  - b. ( ) Voltaren
  - c. ( ) Otro.
  - d. ( ) No conoce.

B. Conocimiento del paciente sobre las complicaciones de la lumbalgia.

Marque con una "X" la respuesta correcta.

8. Si la lumbalgia "No "es tratada debidamente considera Ud. que la persona puede presentar complicaciones o daños.
- a. ( ) Si.
  - b. ( ) No.
9. Si su respuesta ha sido "Si "en la pregunta anterior. Marque con una "X" el daño o la complicación frecuente.
- a. ( ) Hernia Lumbociática
  - b. ( ) Parálisis de la pierna.
  - c. ( ) Artrosis.

d. ( ) No conoce.

10. Considera Ud. Que dichas complicaciones se pueden evitar o prevenir.

a. ( ) Si.

b. ( ) No.

¿Cómo? \_\_\_\_\_

C. Conocimiento que tiene el paciente sobre el cuidado de su columna y / o espalda.

11. El cuidado , la higiene postural , la mecánica corporal se debe realizar :

a. ( ) cada dos horas.

b. ( ) Diariamente.

c. ( ) A cada momento.

d. ( ) Cada tres días.

12. Para el cuidado y / o mantenimiento de su columna utiliza

a. ( ) Crema.

b. ( ) Movimientos adecuados

c. ( ) Ejercicio Permanente.

d. ( ) Ninguna de las anteriores.

e. ( ) b y c.

13. Para coger un objeto pesado lo debe de hacer de la siguiente manera:

a. ( ) Con las rodillas y piernas extendidas e incorporarse.

b. ( ) En cuclillas, llevando el objeto al pecho e incorporarse.

c. ( ) Como sea.

d. ( ) Doblando toda la espalda

14. Una postura adecuada para descansar es:

a. ( ) de boca arriba con almohadas debajo de la rodillas.

b. ( ) Sin almohadas como sea.

c. ( ) De costado

d. ( ) Otro.

15. Ud. Se sienta de la manera.
- a.  Como sea.
  - b.  Arrecostado, extendiendo la espalda.
  - c.  sentado con un cojín detrás de la columna lumbar.
  - d.  de otra forma.
16. Cuando se encuentra trabajando la mayor parte del tiempo esta:
- a.  De pie.
  - b.  Sentado.
  - c.  Trajinando.
17. Realiza ejercicios para su columna y / o espalda
- a.  Si.
  - b.  No.
18. Considera Ud. que los ejercicios le ayudara a :
- a.  Mantenerse en forma
  - b.  mantenerse a su columna en buenas condiciones.
  - c.  Empeorar la enfermedad que padece.
  - d.  No conoce.
19. Cree Ud. que los gimnasios convencionales son adecuados para la enfermedad que padece.
- a.  Si.
  - b.  No.
20. Al realizar un programa de ejercicios de mantenimiento físico permanente además de su mecánica corporal adecuada cree Ud. que :
- a.  Manejara su enfermedad adecuadamente, con el fin de evitar complicaciones y le dará mayores beneficios.
  - b.  Que solo realiza cuando esta adolorido y nada mas.
  - c.  Le producirá molestias en su AVD, trabajo y / o deporte.
  - d.  No conoce.
21. Cree Ud. que los pacientes con lumbalgia pueden realizar rutinas de aeróbicos.
- a.  Si.

b. ( ) No.

22. Cree Ud. que es contraproducente realizar actividad sexuales durante su periodo de enfermedad:

a. ( ) Si.

b. ( ) No.

### ANEXO III

Edad:

Sexo:

Nombre:

DNI:

### CUESTIONARIO REVISADO DE OSWESTRY SOBRE LUMBALGIA E INCAPACIDAD

LEA POR FAVOR:

Este cuestionario está diseñado para darnos a entender cuanto ha afectado el dolor lumbar su capacidad para manejar las actividades de la vida diaria. Por favor responder cada sección encerrando en un círculo la alternativa que más se acerque a Ud. Nosotros sabemos que más de un párrafo o aspecto puede estar relacionado con usted, pero por favor encerrar en un círculo solo una alternativa, la que más cercanamente describa su problema en este momento.

#### SECCIÓN 1 VARIACIÓN DEL DOLOR

- A. EL DOLOR VIENE Y SE VA MUY LEVE
- B. EL DOLOR ES LEVE Y NO VARIA MUCHO
- C. EL DOLOR VIENE Y SE VA Y ES MODERADO
- D. EL DOLOR ES MODERADO Y NO VARIA MUCHO
- E. EL DOLOR VIENE Y SE VA Y ES SEVERO
- F. EL DOLOR ES SEVERO Y NO VARIA MUCHO.

#### SECCION 2 CUIDADO PERSONAL

- A. YO NO TENDRÍA QUE CAMBIAR LA MANERA DE LAVARME O VESTIRME PARA EVITAR EL DOLOR
- B. NORMALMENTE NO CAMBIO LA MANERA DE LAVARME O VESTIRME AUNQUE ESTO ME CAUSA ALGO DE DOLOR.
- C. EL LAVARME Y VESTIRME INCREMENTA EL DOLOR, PERO YO ME LAS ARREGLO PARA NO CAMBIAR MI MANERA DE HACERLO
- D. EL LAVARME Y VESTIRME INCREMENTA EL DOLOR Y YO CREO NECESARIO CAMBIAR LA MANERA DE HACERLO
- E. A CONSECUENCIA DEL DOLOR, SOY INCAPAZ DE HACER ALGUNAS ACTIVIDADES DE VESTIDO Y DESVESTIDO SIN AYUDA.

- F. A CONSECUENCIA DEL COLOR SOY INCAPAZ DE VESTIRME Y DESVESTIRME SIN AYUDA.

### SECCIÓN 3 LEVANTAR PESO

- A. PUEDO LEVANTAR OBJETOS PESADOS SIN SENTIR DOLOR ADICIONAL
- B. PUEDO LEVANTAR OBJETOS PESADOS PERO ESTO ME CAUSA DOLOR ADICIONAL
- C. EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR OBJETOS PESADOS DESDE EL PISO.
- D. EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR OBJETOS PESADOS DESDE EL PISO PERO YO PUEDO ARREGLÁRMELAS SI ES QUE ELLOS ESTÁN COLOCADOS CONVENIENTEMENTE, POR EJEMPLO SOBRE UNA MESA.
- E. EL DOLOR ME IMPIDE LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PERO PUEDO INGENIÁRMELAS CON OBJETOS DE PESOS LIGEROS A MEDIOS SI ESTÁN ADECUADAMENTE COLOCADOS.
- F. YO PUEDO LEVANTAR SOLAMENTE COSAS MUY LIGERAS A LO MUCHO.

### SECCION 4 CAMINAR

- A. EL DOLOR NO ME IMPIDE CAMINAR ALGUNA DISTANCIA.
- B. EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MAS DE DOS KILOMETROS (20 CUADRAS)
- C. EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MAS DE UN KILOMETRO (10 CUADRAS)
- D. EL DOLOR ME IMPIDE CAMINAR MAS DE 500 METROS (5 CUADRAS)
- E. SOLO PUEDO CAMINAR MIENTRAS USO BASTON O MULETAS
- F. YO ESTOY LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ECHADO Y POR EL DOLOR TENGO MUCHA DIFICULTAD PARA IR AL BAÑO.

### SECCION 5 SENTARSE

- A. PUEDO SENTARME EN CUALQUIER SILLA EL TIEMPO QUE QUIERA SIN SENTIR DOLOR
- B. SOLO PUEDO SENTARME EN MI SILLA FAVORITA EL TIEMPO QUE YO QUIERA.
- C. EL DOLOR ME IMPIDE SENTARME MÁS DE UNA HORA
- D. EL DOLOR ME IMPIDE SENTARME MÁS DE MEDIA HORA
- E. EL DOLOR ME IMPIDE SENTARME MÁS DE 10 MINUTOS
- F. EL DOLOR ME IMPIDE SENTARME EN ABSOLUTO.

### SECCIÓN 6 ESTAR DE PIE

- A. PUEDO ESTAR DE PIE MIENTRAS QUIERA SIN SENTIR DOLOR
- B. TENGO ALGO DE DOLOR MIENTRAS ESTOY PARADO PERO NO SE INCREMENTA CON EL TIEMPO
- C. YO NO PUEDO ESTAR DE PIE POR MAS DE UNA HORA SI QUE AUMENTE EL DOLOR.

- D. YO NO PUEDO ESTAR DE PIE POR MAS DE MEDIA HORA SI QUE AUMENTE EL DOLOR.
- E. YO NO PUEDO ESTAR DE PIE POR MAS DE 10 MINUTOS SI QUE AUMENTE EL DOLOR.
- F. YO EVITO ESTAR DE PIE POR QUE ESTO INCREMENTA EL DOLOR.

SECCION 7 DORMIR

- A. YO NO TENGO DOLOR CUANDO ESTOY EN CAMA
- B. TENGO DOLOR CUANDO ESTOY EN CAMA PERO ESTO NO ME IMPIDE DORMIR BIEN
- C. A CONSECUENCIA DEL DOLOR MI SUEÑO NORMAL NOCTURNO SE REDUCE EN LA CUARTA PARTE
- D. A CONSECUENCIA DEL DOLOR MI SUEÑO NORMAL NOCTURNO SE REDUCE A MENOS DE LA MITAD
- E. A CONSECUENCIA DEL DOLOR MI SUEÑO NORMAL NOCTURNO ES REDUCIDO A MENOS DE TRES CUARTOS
- F. EL DOLOR ME IMPIDE DORMIR

SECCIÓN 8 VIDA SOCIAL

- A. MI VIDA SOCIAL ES NORMAL Y NO ME OCASIONA DOLOR
- B. MI VIDA SOCIAL ES NORMAL PERO INCREMENTA EL GRADO DE MI DOLOR.
- C. EL DOLOR NO TIENE EFECTO SIGNIFICANTE SOBRE MI VIDA SOCIAL
- D. EL DOLOR NO TIENE EFECTO SIGNIFICANTE SOBRE MI VIDA SOCIAL APARTE DE LIMITARME EN ALGUNOS INTERESES QUE REQUIERON ENERIA, COMO POR EJEMPLO BAILES.
- E. EL DOLOR HA RESTRINGIDO MI VIDA SOCIAL A MI HOGAR
- F. DIFICILMENTE TENGO ALGO DE VIDA SOCIAL A CONSECUENCIA DEL DOLOR.

SECCIÓN 9 VIAJAR

- A. NO TENGO DOLOR MIENTRAS VIAJO
- B. TENGO ALGO DE DOLOR MIENTRAS VIAJO. PERO NINGUNA DE MIS FORMAS USUALES DE VIAJE ME EMPEORA EL DOLOR.
- C. TENGO DOLOR ADICIONAL MIENTRAS VIAJO PERO ESTO NO ME OBLIGA A BUSCAR FORMAS ALTERNATIVAS DE VIAJE.
- D. TENGO DOLOR ADICIONAL MIENTRAS VIAJO EL CUAL ME OBLIGA A BUSCAR FORMAS ALTERNATIVAS DE VIAJE.
- E. EL DOLOR RESTRINGE O LIMITA TODA FORMA DE VIAJE
- F. EL DOLOR ME IMPIDE TODA FORMA DE VIAJE EXCEPTO EL HACERLO ECHADO.



SECCION 10 CAMBIOS EN EL GRADO DE DOLOR

- A. MI DOLOR RAPIDAMENTE MEJORA
- B. MI DOLOR FLUCTUA (VA Y VIENE) PERO DEFINITIVAMENTE MEJORA
- C. MI DOLOR PARECE MEJORAR. PERO LA MEJORIA ES LENTA EN EL PRESENTE.
- D. MI DOLOR NO MEJORA NI EMPEORA
- E. MI DOLOR ESTA EMPEORANDO PROGRESIVAMENTE
- F. MI DOLOR ESTA EMPEORANDO RAPIDAMENTE.

	PUNTAJE	GRADO DE INCAPACIDAD
EVALUACIÓN		

## ANEXO IV

### PLAN PILOTO PARA MEDIR LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA ELABORADO POR RUIZ CUETO JEANNETTE DELMA

Muestra: 35 personas

Población: Pacientes del servicio de Medicina Física y Rehabilitación Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del programa de lumbalgias.

Procedimiento: Se les entregó el cuestionario sobre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y se les explicó la manera de cómo realizarlo y el tiempo que debían emplear, al finalizar la prueba se procedió a recoger los cuestionarios.

Fecha: 12 de julio de 2013

Resultados: se sometió al coeficiente alfa de cronbach para medir su confiabilidad y se obtuvo el siguiente resultado.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,828	4

Conclusión: al haberse obtenido un valor de 0.828 se puede decir que el instrumento es confiable.

## Anexo 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### Título: EL CONOCIMIENTO DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA Y EL GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – 2012

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES
<p><b>GENERAL</b></p> <p><b>P<sub>6</sub></b> ¿En qué medida se relaciona el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>P<sub>1</sub></b> ¿Cómo se relaciona el conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?</p> <p><b>P<sub>2</sub></b> ¿Cómo se relaciona el conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?</p> <p><b>P<sub>3</sub></b> ¿Cómo se relaciona los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen?</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p><b>O<sub>6</sub></b> Determinar la relación entre el conocimiento de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p><b>O<sub>1</sub></b> Determinar la relación del conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>O<sub>2</sub></b> Determinar la relación del conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>O<sub>3</sub></b> Determinar la relación de los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica y el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p><b>H<sub>6</sub></b> El conocimiento de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> El conocimiento de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>ESPECÍFICAS</b></p> <p><b>H<sub>1</sub></b> El conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> El conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>2</sub></b> El conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> El conocimiento de las complicaciones de la lumbalgia inespecífica no tiene relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>3</sub></b> Los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica tienen relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> Los cuidados preventivos de la lumbalgia inespecífica no tienen relación significativa con el grado de incapacidad funcional en pacientes del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.</p>	<p><b>Variable 1:</b></p> <p>Conocimiento de la lumbalgia inespecífica</p>	<p>Conocimiento acerca de la lumbalgia inespecífica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas (0)</li> <li>• Incorrectas (1)</li> </ul>
				<p>Conocimiento sobre las complicaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas (0)</li> <li>• Incorrectas (1)</li> </ul>
				<p>Nivel de conocimientos del cuidado de su columna y/o espalda</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correctas (0)</li> <li>• Incorrectas (1)</li> </ul>
			<p><b>Variable 2:</b></p> <p>Grado De Incapacidad Funcional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variación del dolor</li> <li>• Cuidado Personal</li> <li>• Levantar Peso</li> <li>• Caminar</li> <li>• Sentarse</li> <li>• Estar de pie</li> <li>• Dormir</li> <li>• Vida Social</li> <li>• Viajar</li> <li>• Cambios en el grado del dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad Mínima (0 – 20)</li> <li>• Incapacidad Moderada(21 – 40)</li> <li>• Incapacidad Severa(41 – 60)</li> <li>• Gran Desventaja(61- 80)</li> <li>• Confinado(81 – 100)</li> </ul>

--	--	--	--

## GLOSARIO

**Agudo:** cuando la afectación o el problema dura menos de 6 semanas.

**Automantenimiento:** cuidado personal por parte del propio individuo.

**AVD:** actividades de la vida diaria, son todas aquellas actividades que el individuo realiza con un determinado fin.

**Biomecánica:** Es una disciplina científica que tiene por objeto el estudio de las estructuras de carácter mecánico que existen en los seres vivos, fundamentalmente del cuerpo humano.

**Calidad de vida:** son aquellas condiciones que permiten al paciente tener un estilo de vida saludable con opción a sus derechos y responsabilidades.

**Columna Vertebral:** La columna vertebral es una compleja estructura osteofibrocartilaginosa y articulada, en la parte dorsal del torso, que funciona principalmente como elemento de sostén, recubrimiento y protección de la médula espinal.

**Contractura:** consiste en la contracción persistente e involuntaria de un músculo, produciendo generalmente dolor.

**Crónico:** De 3 meses en adelante.

**Diagnóstico:** es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.

**Dolor:** experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño real o potencial del tejido

**Conocimiento:** Capacidad de discernir cómo se relacionan entre sí las partes o aspectos de un asunto y de ver la cuestión en su totalidad, no solo los hechos aislados. Facultad de pensar.

**Fractura:** Rotura de un hueso producida de forma espontánea (generalmente en un hueso debilitado por un proceso patológico) o por un traumatismo.

**Hernia:** Tumor producido por el desplazamiento o la salida total o parcial de una visera u otra parte blanda fuera de su cavidad natural.

**Ligamento:** banda dura de tejido blanco, fibroso y ligeramente elástico.

**Lumbalgia inespecífica:** Es aquel dolor localizado en la zona baja de la espalda y cuyo origen es mecánico.

**Lumbalgia:** es el conjunto de síntomas que causan dolor en la parte baja de la espalda.

**Músculo:** tejido contraíble que forma parte del cuerpo humano y de otros animales.

**Ocupación:** Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.

**Raquis:** Columna vertebral, constituida por un conjunto de huesos pequeños y planos, articulados entre sí, que recorre la espalda de los animales vertebrados y cuya función es la de sujetar el esqueleto.

**Reposo:** Descanso de un trabajo o una actividad para recuperar fuerzas.

**Signo:** elemento, fenómeno o acción material que, por convención o naturaleza, sirve para representar o sustituir a otro.

**Síntoma:** Fenómeno revelador de una enfermedad en un paciente.

**Subagudo:** cuando persiste entre 6 semanas y 3 meses.

**Tratamiento:** es un conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad.

**Vertebra:** Conjunto de huesos que contienen la columna vertebral.

